

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N^o 192

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1910, à 1 heure

PAR

ALBERT CULAN

Né à Marmanhac (Cantal), le 29 Septembre 1888

Le Mégacôlon Congénital

ou Dilatation idiopathique du Gros Intestin

(Maladie de Hirschsprung)

Président : M. RECLUS, Professeur

<i>Juges</i> }	MM. POUCHET.	} Professeurs.
	P. MARIE.	
	M. LABBÉ, Agrégé.	

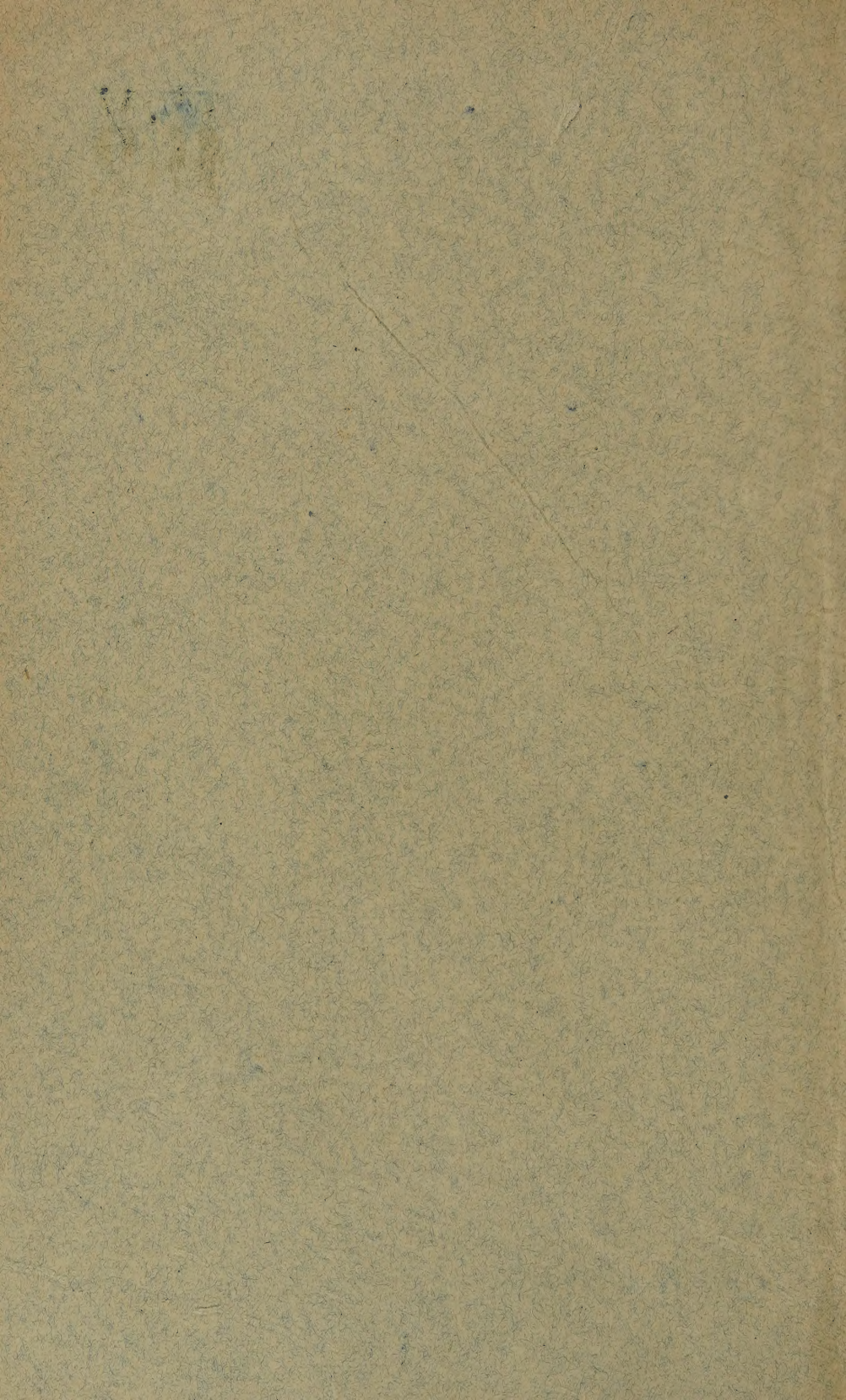
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1910



192

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1910, à 1 heure

PAR

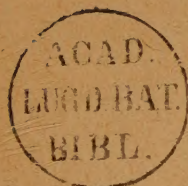
ALBERT CULAN

Né à Marmanhac (Cantal), le 29 Septembre 1883

Le Mégacôlon Congénital

ou Dilatation idiopathique du Gros Intestin

(Maladie de Hirschprung)



Président : M. RECLUS, Professeur

Juges	{	MM. POUCHET.	} Professeurs.
		P. MARIE.	
		M. LABBÉ, Agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	X.....
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants...	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchement.....	BAR
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BALTHAZAR	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANÇON FERN.	GOSSET	LEPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive affection, et de ma
profonde reconnaissance

A MES GRANDS-MÈRES

A MA SOEUR, A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUINARD,

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RECLUS,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Introduction

Nous avons eu la bonne fortune, au mois de janvier 1909, d'observer dans le service de M. le Dr Guinard, un petit malade de seize ans, qui s'est présenté à l'hôpital avec des phénomènes de sténose pylorique. Il était dans un état de cachexie très avancée, vomissait d'une façon incessante et présentait, en outre, des crises de tétanie typiques qui dataient de la première enfance. M. Guinard ayant fait une laparotomie pour parer aux accidents de la rétention gastrique, a trouvé un gros intestin énorme avec un côlon ascendant tordu sur son axe de gauche à droite, de telle sorte que tout l'intestin grêle était situé à droite du cœcum. La sténose pylorique était due à une traction qui couvrait le duodénum. M. Guinard a mis tous les viscères en place et tous les accidents ont disparu. Cette intervention a été pratiquée le 30 janvier, et depuis ce jour, l'enfant n'a eu ni vomissements, ni crises de tétanie.

Il s'agissait d'une affection originale, considérée comme rare, mais qui depuis une vingtaine d'années a été le sujet de travaux nombreux. On

la désigne généralement sous le nom de dilatation idiopathique du gros intestin. Cette observation nous a particulièrement intéressé, et nos recherches dans la littérature médicale nous permettent de rapporter dans le travail qui va suivre, cent quinze cas de cette curieuse maladie.

Mais avant d'aborder notre sujet, il nous est un devoir agréable à remplir.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté de médecine de Bordeaux, MM. les Professeurs Picot, Demons, Moussous, Lefour, Badal, Villar et Moure, M. le D^r Bouvet, nous adressons nos meilleurs remerciements pour le haut enseignement qu'ils nous ont donné.

Plus particulièrement nous exprimons à M. le D^r Guinard, qui nous a inspiré et facilité ce travail, notre plus vive reconnaissance.

M. le Professeur Reclus nous a fait un grand honneur, en acceptant la présidence de cette thèse, nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Historique

La dilatation idiopathique du gros intestin est une affection considérée comme rare, mais depuis vingt ans elle a été l'objet de nombreux travaux surtout en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

Les bibliographies les plus complètes sur la question ne donnent pas d'indications au-delà du xix^e siècle, les auteurs s'accordent, en général, pour faire remonter l'historique de cette maladie à BANKS et FAVALLI qui publièrent, en 1846, deux observations avec examen nécropsique. Cependant M. JAYLE a signalé dernièrement une observation publiée par RUYSCH au xvii^e siècle, et qui semble bien concerner un cas de dilatation congénitale du gros intestin. Ce fait ferait commencer l'histoire de cette affection au xvii^e siècle, et il est probable qu'en consultant les vieux auteurs on en trouverait d'autres.

Plus tard PORRO (1871) rapporte un cas d'ectasie colique congénitale, mais compliqué d'imperforation anale et d'abouchement urinaire du rectum (ce cas ne rentre pas dans le cadre de la mala-

die qui nous occupe) ; puis viennent les observations de PEAKOK (1871), DUPLEIX, CHAPMAN (1878), GEE (1884), GAUME, FUTTÉRER et MIDDELDORPE, CHEADLE, BRISTOWE (1885) et HUGHES (1887). HIRSCHSPRUNG publia deux mémoires, le premier en 1888, le second en 1896, l'auteur donne une description de l'affection et présente six observations personnelles.

Entre temps OSLER (1893) et MYA (1894) publièrent également un mémoire sur la question.

Les observations se succèdent, en même temps paraissent les travaux de TRÈVES (1898), FITZ, GRIFFITHS, CONCETTI (1899), FENWICK (1900).

En France, la question est envisagée pour la première fois par M. MARFAN dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, puis en 1903, paraît l'important travail de P. DUVAL dans la *Revue de chirurgie*, en 1904 l'article de CHEINISSE, celui de PLUYETTE (1905), celui de BLANC et CHARLOT (1907), celui de GAUJOUX (1908), enfin les thèses de LE CALMÉ (1908) et CHASSAGNARD (1909). En même temps les auteurs publient de nombreuses observations isolées, en Allemagne, en Angleterre, en Italie (TAROZZI, VALAGUSSA, GIORDANO) et en France (LE ROY DES BARRES, ROUX DE BRIGNOLLES, GUINON, HUE, FABRE DE PARBEL, etc).

Cette affection est généralement désignée en France, en Angleterre et en Amérique, sous le nom de *dilatation idiopathique du gros intestin* et de *dilatation congénitale et hypertrophique du*

gros intestin. En Allemagne, on l'appelle volontiers *maladie de Hirschsprung*, en Italie, *Mégacolon congenito*, *ectâcolon* (Mya).

Anatomie Pathologique

La lésion caractéristique de cette maladie au point de vue macroscopique est une *distension extraordinaire du gros intestin* jointe à un *épaississement très marqué de sa paroi*, au point que les observateurs ont comparé le côlon à « un intestin de bœuf ou de cheval, à un estomac d'adulte, à une cuisse et à une grosse jambe avec le genou fléchi. »

Le siège de l'ectasie est variable, cette ectasie, d'ailleurs, peut porter soit sur la totalité du côlon, soit seulement sur une portion de celui-ci.

Sur 87 cas dans lesquels la dilatation a pu être appréciée par l'étude des observations suivies d'autopsie ou d'intervention et où la description des lésions est suffisamment explicite, nous trouvons :

L'ectasie *totale* dans 28 cas et l'ectasie *segmentaire* dans 59 cas.

Les cas de dilatation segmentaire se répartissent de la façon suivante :

Côlon pelvien seul. 29 cas

Côlons pelvien et transverse.....	5 cas
Côlons pelvien et descendant.....	7 cas
Côlons pelvien, transverse et ascendant.....	1 cas
Côlons pelvien et ascendant.....	1 cas
Côlons pelvien transverse et descendant.....	2 cas
Côlons ascendant transverse et descendant	3 cas
Côlons transverse et ascendant.....	2 cas
Côlons transverse et descendant.....	2 cas
Côlons transverse seul.....	5 cas
Côlons descendant seul.....	2 cas

L'ectasie diverticulaire existait dans deux cas.

L'intestin grêle participe quelquefois à la dilatation par sa partie terminale. Nous en rapportons six cas. Dans 3 cas l'estomac était lui-même dilaté. Le cœcum participait au processus dans quatre cas, le rectum dans 7 cas, le plus souvent ce dernier était bourré de matières fécales.

Les dimensions de l'ectasie sont souvent considérables. A l'état normal, le diamètre du côlon varie de 25 millimètres à 70. Dans un des cas de GEE, le côlon mesurait 10 centimètres de diamètre, dans un cas de TORDEUS, le volume du côlon pelvien était triplé, le diamètre était de 13 centimètres, la circonférence de 60 centimètres.

FUTTERER et BANKS rapportent chacun un cas où le côlon pelvien mesurait 66 centimètres de circonférence. La capacité de l'anse est quelquefois énorme; dans le cas de FUTTERER, il fallut 16

litres de liquide pour remplir le côlon. FORMAD mentionne un cas où le côlon rempli de matières fécales pesait 47 livres.

La forme de la dilatation est variable ; en général entre la zone dilatée et le segment intestinal sous-jacent, la transition est insensible, « *en entonnoir* » ; quelquefois elle est brusque « *en diaphragme d'instrument d'optique* » ; enfin dans un certain nombre d'observations l'anse dilatée est coudée sur l'anse saine, et l'adossement des deux segments fait saillie dans la cavité intestinale sous forme d'une valvule semi-lunaire.

Quelques auteurs ont signalé des lésions de sténose, mais dans ces cas il ne s'agissait pas de sténose vraie. SCHUCKMANN a rencontré dans un cas une légère strangulation à 20 cent. de l'anus. La dilatation est quelquefois « *sacciforme* » (AMMON, MYA, BERTI), c'est-à-dire qu'elle est constituée par plusieurs portions dilatées le plus souvent au nombre de deux et séparées par des points rétrécis, mais on ne voit pas de sténose véritable.

TORKEL et ROTH ont parlé de coudures. Dans le cas de TRÈVES, il existait un pli valvulaire de la muqueuse occupant l'orifice inférieur de la portion dilatée, ce repli muqueux a pu contribuer à l'obstruction. Cependant, il semblait plus probable que les crises d'occlusion étaient dues à la plicature de l'intestin à l'extrémité inférieure de la portion dilatée.

Dans tous les cas, l'intestin est en même temps

allongé, avec un développement excessif de son méso (dans le cas de LE ROY DES BARRES le méso sigmoïde mesurait 20^e cent. de longueur). Quelquefois il y a des malformations congénitales concomittantes, en particulier l'existence de méso-s anormaux (FUTTERER, WALKER, BERTI obs. II, GUINARD, HAUSHALTER). Ces malformations, comme nous le verrons plus loin, ont une grande importance dans la production des phénomènes d'obstruction au cours de la maladie.

Outre la dilatation, on note toujours une hypertrophie considérable des parois coliques. En général, l'ectasie et l'hypertrophie vont parallèlement, mais parfois les deux processus divergent en quelques endroits, notamment au niveau des flexions naturelles de l'intestin. On a signalé également des cas où le processus hypertrophique se trouvait interrompu sur des portions dilatées (GAUME, NICOLAYSEN, CONCETTI).

L'hypertrophie peut porter sur toutes les tuniques. La séreuse est quelquefois épaissie, le plus souvent elle ne présente pas de lésions. Les altérations de la muqueuse sont fréquentes, l'aspect de celle-ci varie suivant l'ancienneté et la gravité des cas. Chez le nourrisson ayant succombé peu de temps après la naissance, la muqueuse n'est jamais normale, elle est injectée, pigmentée et lisse. Chez les sujets plus âgés, elle présente des ulcérations plus ou moins nombreuses, de forme irrégulière, attaquant parfois la musculieuse et pouvant

perforer l'intestin. L'épaisseur de la muqueuse atteint quelquefois 5 millimètres au lieu d'un millimètre et demi à l'état normal. On constate en même temps la disparition de l'épithélium et des conduits glandulaires.

La muscularis mucosæ est également hypertrophiée, elle contient de nombreux leucocytes et des vaisseaux sanguins dilatés à parois épaissies.

Le tissu cellulaire sous-muqueux est plus abondant et peut former à lui seul près de la moitié de l'épaisseur totale de l'intestin.

Mais l'hypertrophie porte surtout sur la tunique musculaire et principalement sur les fibres transversales ; les fibres longitudinales sont beaucoup moins altérées.

On a souvent constaté l'hypertrophie des franges épiploïques ; de la dilatation des vaisseaux ; les lésions d'artérite chronique sont fréquentes. Enfin les ganglions mésentériques participent parfois au processus hypertrophique.

Etiologie. — Pathologie

L'étiologie de la maladie de Hirschsprung est peu connue. Cette affection se rencontre à tout âge, chez le fœtus à partir du septième mois de la vie intra-utérine, SCHUCKMANN l'a observée chez un vieillard de 68 ans. Cependant elle s'observe surtout chez les enfants, le plus souvent les débuts remontent à la première enfance, des premiers jours aux premiers mois.

Elle est inégalement répartie dans les deux sexes. Pour plus de précision nous donnons des chiffres empruntés à DUVAL : sur 45 cas on en a observé 36 chez les hommes et 9 chez les femmes.

Le caractère familial de l'affection est douteux ; l'influence de l'alimentation semble nulle.

Les auteurs sont très divisés sur la pathogénie de cette maladie. L'ectasie colique est-elle le fait primitif ? Est-elle au contraire consécutive à la stase fécale, et alors quelle est la cause de celle-ci ? De nombreuses théories ont été émises à ce sujet.

POUR HIRSCHSPRUNG, MYA, ESCHERICH et GENER-SICH, l'ectasie est primitive, elle est le résultat d'une

malformation congénitale qui peut être déjà réalisée à la naissance, ou bien n'existant encore que virtuellement, elle se révélera seulement plus tard, c'est elle qui détermine la stase fécale. Les autres lésions sont secondaires à cette stase ; d'abord l'hypertrophie musculaire de défense témoin de l'effort de l'organe pour évacuer les matières accumulées, puis la colite née de la stagnation des fèces.

FENWICK considère la dilatation comme secondaire à un obstacle mécanique quelconque : torsion ou coudure, rétrécissement congénital du gros intestin, contracture sphinctérienne.

TRÈVES, BLANC et CHARLOT font également intervenir la nécessité d'un obstacle initial.

Pour HAWKINS, l'ectasie du côlon dépend d'un trouble d'innervation de l'intestin, d'origine congénitale. BING croit aussi à cette dilatation paralytique d'origine congénitale ; mais pour lui cette innervation défectueuse peut aussi être acquise, d'où secondairement constipation et météorisme.

MARFAN n'admet pas que « cette dilatation soit une modification primitive. Elle n'a jamais été constatée sur un enfant qui vient de naître. Jusqu'à plus ample information nous devons la considérer comme une modification consécutive à la constipation congénitale, affection qui est essentiellement liée à la multiplicité et à l'exagération des inflexions de l'S iliaque. »

D'autres auteurs font également jouer à la stase fécale un rôle primordial (FENTON, IERAHIM).

STIRNIMANN croit à une dilatation congénitale de la flexure sigmoïde avec hypertrophie idiopathique. La dilatation de la partie sus-jacente du côlon est secondaire.

POUR GOUREVITCH l'arrêt des matières est provoqué par une coudure du côlon pelvien due à la longueur anormale de son méso, l'hypertrophie et la dilatation sont secondaires.

FITZ se range à la théorie de MARFAN, mais il distingue aussi une deuxième variété de cas dans lesquels il y aurait un obstacle d'origine congénitale avec rétrodilatation.

GRIFFITH invoque plusieurs causes possibles : constipation habituelle, paralysie intestinale, rétrécissements congénitaux, tendance innée à la dilatation sans cause connue.

CONCETTI distingue deux variétés ; l'une embryonnaire, l'autre par atonie du segment inférieur à la dilatation, atonie qui, arrêtant la circulation fécale, amène la dilatation et l'hypertrophie du segment sus-jacent.

NEUGEBAUER croit que l'exagération de la longueur et du calibre de l'intestin relèvent de la même cause qui serait une malformation congénitale.

DUVAL considère la mégacolon comme une affection relevant d'une malformation embryonnaire. Secondairement, il se développe une hypertro-

phie musculaire et une colite intestitielle, fonction de la stase fécale. Cet auteur range l'ectasie colique dans la série des malformations du gros intestin et les place à côté de celles qui se traduisent cliniquement par la constipation infantile ; trop grande longueur (microcôlon) trop grand calibre (mégacôlon), forme vicieuse de l'S iliaque (omega-côlon).

OKINCZYC a publié dernièrement (Revue de chirurgie 1909 n° 12) à propos des rapports de l'atrésie congénitale du côlon avec la maladie de Hirschsprung une théorie intéressante. Il pense qu'à l'origine du mégacôlon comme du microcôlon, il existe un obstacle intermittent contemporain de la vie fœtale, qui a disparu, mais se manifeste parfois au cours de la vie extra-utérine. Cet obstacle est réalisé par le volvulus incomplet de l'anse pelvienne. D'ailleurs le volvulus de l'S iliaque a été signalé au cours de la maladie de Hirschsprung par FELDMANN, BESSEL-UGEN, HAWKINS, TUFFIER, OKINCZYC suppose que ce volvulus secondaire a pu être précédé dans l'enfance, où à la fin de la vie fœtale d'un volvulus primitif qu'il appelle *volvulus fœtal incomplet*, et qui est la cause initiale de la transformation du côlon. Il faut que ce volvulus soit incomplet ; suffisant pour créer l'obstacle, insuffisant pour amener des troubles vasculaires et de la nécrose et assez peu marqué pour que sa réduction spontanée soit possible, mais toujours exposé à la récurrence. Si le volvulus est précoce, con-

temporain de la torsion intestinale, il gênera le développement normal des vaisseaux de l'intestin, dans ce cas il y aura formation du microcôlon. Si le volvulus se produit à une période plus avancée du développement l'intestin aboutit à la forme de mégacolon avec hypertrophie de la couche musculaire au-dessus de l'obstacle.

Il nous est encore difficile de nous former une opinion exacte sur la pathogénie de cette affection. De cette diversité de faits il ressort que plusieurs causes peuvent arriver à produire un syndrome analogue à celui de Hirschsprung, et c'est aux cas dans lesquels ce syndrome s'observe en l'absence de tout obstacle mécanique, le calibre de l'intestin sous-jacent demeurant libre partout, qu'on doit réserver le nom de dilatation idiopathique.

Symptomatologie

L'analyse des 115 observations que nous avons recueillies nous permet de donner un tableau à peu près complet des caractères de cette affection.

Pour plus de simplicité nous étudierons successivement les symptômes fonctionnels, les signes physiques et les signes généraux.

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Parmi ceux-ci, la *constipation* est l'élément capital, elle peut se révéler à la naissance et dans ce cas, elle est souvent marquée par l'*expulsion tardive du méconium* qui ne se produit quelquefois que le 3^e, 4^e ou 5^e jour de la vie ; le médecin est obligé parfois de la provoquer soit à l'aide du doigt introduit dans l'anus, soit à l'aide d'un lavement. PERTHES a signalé un cas où cette expulsion n'avait eu lieu que le 17^e jour.

Cette constipation peut également apparaître ou augmenter après le sevrage (BAGINSKY) ; chez l'adulte elle ne date pas toujours de la naissance ; elle n'a pu se développer que quelques années ou quelques mois avant l'apparition des phénomènes aigus d'obstruction.

Dans tous les cas, ce qui la caractérise, c'est qu'elle est *opiniâtre*, elle subit un accroissement progressif, ne cède qu'à des lavements ou à des purgatifs, et persiste généralement pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines (sept semaines dans le cas de BRISTOWE).

Elle peut faire place à une diarrhée abondante, accompagnée de gaz fétides, mais ceci s'observe surtout à la fin de la maladie, quand il existe des lésions de colite.

Les *vomissements* existent dans un tiers des cas environ. Dans trois observations, ils avaient fait leur apparition dès la naissance. Tantôt alimentaires, tantôt composés de mucosités verdâtres, rarement fécaloïdes, ils sont plus souvent intermittents que continus. JOHANNESSEN les considère comme rares, pour HIRSCHSPRUNG, ils n'existeraient pas ou seraient insignifiants.

L'élément *douleur* apparaît dans une mesure très variable. Le plus souvent ces douleurs sont intermittentes survenant alors que l'intestin n'a pas évacué son contenu depuis longtemps et s'accroissant dans le cas d'occlusion incomplète. Hors ces cas, ce sont des douleurs vagues, plutôt une pesanteur abdominale, une gêne constante.

Le *hoquet* est un signe exceptionnel qui n'a été signalé que par HIRSCHSPRUNG et ROUX DE BRIGNOLLES.

Un symptôme sur lequel peu d'auteurs ont attiré l'attention est la *tétanie*.

LANGMEAD eut l'occasion d'observer ce syndrome chez sept enfants. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un jeune garçon de six ans, qui avait déjà eu à cinq reprises différentes des crises de tétanie, s'accompagnant de l'évacuation de selles diarrhéiques. MORESTIN l'a également signalée chez une femme de 43 ans, atteinte de dilatation du côlon. Par un traitement approprié, en particulier par des lavages du gros intestin, on obtient une sédation rapide des phénomènes ; mais cette amélioration n'est souvent que passagère car cette tétanie est sujette aux récidives.

Le malade de GUINARD dont nous rapportons l'observation détaillée, avait des crises fréquentes de tétanie typique apparues dès l'enfance et se reproduisant tous les huit ou quinze jours, surtout dans les derniers mois. Dans une seule journée, à l'Hôtel-Dieu, il a eu sous nos yeux huit attaques, nous donnons plus loin, la description de l'une d'elles. (Voir chap. des observations).

A quoi est due cette tétanie ? On ne saurait invoquer la déshydratation du système nerveux sous l'influence de la diarrhée, puisque dans les cas qui nous concernent la constipation existait presque toujours. La théorie réflexe qui s'applique surtout aux cas dans lesquels ces accidents sont sous l'influence de l'helminthiase intestinale, pourrait à la rigueur trouver ici sa place, mais quelles sont les observations du mégacolon, où est notée la coexistence du syndrome tétanie avec la

présence de vers intestinaux ? Nous n'en connaissons pas. Nous pensons avec LANGMEAD qu'il s'agit plutôt d'une intoxication due à des processus de putréfaction intestinale, d'autant plus que l'auteur ayant pratiqué chez ses malades des lavages du côlon vit s'amender rapidement les crises, de même dans le cas de GUINARD, quand le cours des matières fut rétabli à la suite de l'intervention, la tétanie disparut complètement.

SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection permet d'apprécier la *distension abdominale* causée surtout par l'accumulation des gaz. Elle existe presque constamment, apparaît généralement en même temps que la constipation et comme elle subit un accroissement progressif. Moins marquée en général, chez l'adulte que chez l'enfant, elle peut exister dès la naissance ; dans le cas de HOBBS et de RICHEMOND, le ballonnement du ventre fut une cause de dystocie lors de l'accouchement. Ce signe frappe le clinicien au premier examen, l'aspect du ventre est caractéristique : ballonné, globuleux, énorme. Pour donner une idée de cette augmentation de volume du ventre, nous citerons, le cas rapporté par FENWICK, d'un enfant de 17 mois, qui présentait 67 cent. 5 de circonférence abdominale au niveau de l'ombilic.

Cependant, au cours de l'évolution, le ventre s'affaisse parfois. Cet affaissement est dû soit à une évacuation intestinale spontanée, soit, et c'est le cas le plus fréquent, à une évacuation provo-

quée par un lavement ou un purgatif. D'ailleurs, la distension ne disparaît jamais totalement à la suite de cette débâcle intestinale même quand cette dernière a été très intense.

D'une façon générale, le ballonnement est généralisé et symétrique, mais dans quelques cas, il peut être limité à une seule partie de l'abdomen, surtout quand les parties supérieures du côlon participent seules à l'ectasie.

Par suite de cette distension, la peau devient lisse, luisante, il se développe un *réseau veineux sous-cutané visible*, les anses intestinales peuvent être vues à travers la paroi ; les *mouvements péristaltiques* dont elles sont le siège ont pu être appréciés, ils sont tantôt spontanés et alors exagérés par la simple palpation, tantôt il faut faire intervenir cette dernière pour les produire.

Enfin, dans certains cas, il existe de la *diastase* plus ou moins marquée des muscles droits de l'abdomen. (LÉVI, ESCHERICH, SCHONSTADT).

La palpation permet de reconnaître le siège des douleurs quand elles existent, ainsi que la présence des gaz intestinaux, de plus, elle renseigne le clinicien sur le degré de la distension abdominale.

La percussion dénote un son tympanique uniforme, sauf dans les régions où les matières fécales sont accumulées.

Enfin, c'est par la palpation et la percussion combinées ou non au *toucher rectal* que l'on constatera parfois, l'existence d'une *tumeur*, dure,

plus ou moins volumineuse, unique en général, ronde, mobile, indolore, et qui se traduit à la percussion sur la paroi abdominale par une zone de matité entourée d'une zone très sonore. Le plus souvent cette tumeur est accessible par le toucher rectal, elle est dépressible, conserve l'empreinte du doigt, et est indépendante de l'utérus chez la femme.

Ces tumeurs sont constituées par une accumulation de matières fécales, on les désigne généralement sous le nom de *stercoromes* ou de *fécalomes*. Elles sont fréquentes, et atteignent un poids quelquefois considérable (1 kilog 455 dans le cas de TUFFIER), leur siège est variable, ordinairement dans le bassin dans le voisinage de la vessie ; et elles sont capables de déterminer une intervention chirurgicale. Le massage abdominal, les évacuations abondantes les font disparaître momentanément ; à la période ultime de la maladie quand la diarrhée survient, on ne constate plus leur existence.

Les signes physiques que nous venons d'exposer sont les plus importants ; mais il convient de mentionner d'autres signes secondaires qui ne sont que le résultat des manifestations déjà étudiées et notamment de la distension abdominale. Ces signes peuvent se formuler ainsi :

Déformations thoraciques, évasement, éversion des fausses côtes, déplacement et compression des organes thoraciques et abdominaux ; la pointe du

cœur bat quelquefois dans le quatrième ou troisième espace intercostal, BAGINSKY et MULBERGER ont signalé le déplacement du foie, PERTHES et ROUX DE BRIGNOLLES celui du diaphragme.

Nous dirons encore un mot des *symptômes généraux* qui résultent de la réaction de l'organisme. Cette réaction, d'ailleurs, est très variable.

L'état général peut être bon et rester tel jusqu'à la mort, mais le plus souvent, il laisse à désirer ; le malade est pâle, amaigri, son développement musculaire est faible, l'appétit est mauvais, le sujet voit ses forces décroître progressivement. Au moment des crises d'obstruction, le facies est grippé, le teint terreux, les extrémités froides et cyanosées.

Un des signes généraux les plus constants, est la *dyspnée*, due sans doute à la compression du diaphragme et des poumons ; l'évacuation des matières la modère ou la fait disparaître.

Quelques auteurs ont mentionné des *troubles psychiques* (HAWKINS, CONCETTI), la malade de MORESTIN avait du délire sans jamais avoir présenté antérieurement de débilité mentale, chez le petit malade de GUINARD, ces troubles se manifestaient par des traits de caractère particuliers, c'était un enfant sombre, triste, violent parfois, depuis l'intervention tous ces phénomènes ont disparu. Ils paraissent bien liés à l'intoxication stercorémique au même titre que la tétanie, car une

thérapeutique faisant disparaître la coprostase, les a amendés dans la plupart des cas.

Il existe souvent un certain degré de *faiblesse cardiaque, des palpitations* ; ces troubles fonctionnels sont bien en rapport avec la distension abdominale.

L'*oligurie* est fréquente, l'*albuminurie* apparaît tôt ou tard. Quelques observateurs (TUFFIER MULBERGER, CONCETTI) ont signalé la présence d'*indican* dans les urines, en plus ou moins grande abondance suivant le degré de la constipation, mais on n'attribue pas, en général, à ce signe une bien grande signification.

L'*œdème* de la paroi abdominale a été noté (BRISTOWE), l'*œdème généralisé* également (FRIEDHEIM), mais ce dernier est excessivement rare.

Le mégacolon est une affection plutôt *apyrétique*. La fièvre est rare au cours de la maladie ; elle s'observe, en général, à la période ultime et encore à ce moment, elle paraît plutôt liée à une complication.

Le *pouls* ne marche pas toujours parallèlement avec la température, dans le cas de HUE, il était introuvable et la température de 36°, dans celui de PERTHES, il était lent et petit (42 pulsations à la minute).

Enfin, à la période terminale, l'état général est déplorable, la cachexie le plus souvent est extrême, la température au-dessous de la normale, la respiration accélère, les extrémités froides et cya-

nosées ; et c'est au milieu de cet ensemble symptomatique que le *coma* apparaît.

Diagnostic

Le diagnostic de cette affection paraît devoir être facile car les signes sont assez caractéristiques : *constipation congénitale* très marquée, *distension abdominale* énorme, *péristaltisme intestinal visible* forment une triade symptomatique qui laisse peu de place au doute. Cependant de nombreuses erreurs ont été commises ; on conçoit facilement que l'esprit des cliniciens n'ait pas été fréquemment attiré sur cette maladie, étant donné le nombre restreint des observations publiées.

La maladie de Hirschsprung a été confondue avec la *péritonite tuberculeuse* (cas de BRISTOWE). Dans la forme *ascitique* de cette dernière affection, la distension abdominale est considérable, le réseau veineux sous-cutané visible, la diarrhée alterne avec la constipation, les phénomènes généraux sont assez marqués ; mais l'ascite est exceptionnelle au cours du méga-colon. Nous ajouterons qu'il ne faut pas confondre avec l'ascite vraie, la pseudo-ascite que l'on constate dans le

syndrome de DELBET-RICARD-MATHIEU, dont nous parlerons au chapitre suivant.

La forme *fibro-caséuse* est caractérisée par une distension abdominale douloureuse des alternatives de diarrhée et de constipation, mais on perçoit à la palpation des gâteaux péritonéaux, la percussion révèle des zones de matité alternant avec des zones de sonorité, enfin, dans cette forme l'évolution se fait par poussées successives, tandis que la marche du mégacolon est progressive.

La variété *fibro-adhésive* peut aussi induire en erreur car elle peut se compliquer d'occlusion intestinale, ici encore on pourra percevoir les gâteaux péritonéaux ; dans ces cas, il faudra surtout tenir grand compte de l'ancienneté de la constipation et de la distension abdominale.

Une autre cause d'erreur est fournie par le *gros ventre rachitique*, ce dernier peut être associé au mégacolon comme c'était le cas dans l'observation de GENERSICH ; mais l'absence d'autres signes de rachitisme, l'apparition de la distension abdominale dès les premiers jours de la vie, la constipation et la reptation intestinale permettront de faire le diagnostic.

L'appendicite a pu amener la confusion.

La forme *aiguë* se distingue suffisamment par la triade symptomatique de Dieulafoy ; dans la forme *chronique*, il existe comme dans le mégacolon de la constipation, des alternatives de diarrhée et de constipation, du ballonnement, de l'a-

norexie, des vomissements, des douleurs surtout marquées au point de Mac Burney. Mais dans la maladie de Hirschsprung ces signes sont toujours plus accusés, et c'est encore sur l'étude du passé pathologique du malade qu'il faudra s'appuyer.

L'erreur est encore facile si le sujet présente des signes d'*occlusion intestinale*, et alors comment différencier les *pseudo-occlusions* telles qu'elles existent au cours du mégacolon des *occlusions vraies* ? S'il s'agit d'un jeune enfant, on peut penser à une *invagination*, or, cette dernière fait parfois issue par l'anūs ; d'autre part, elle se manifeste par une diarrhée sanglante qui n'a jamais été consatée au cours de la maladie de Hirschsprung.

Chez les sujets plus âgés une occlusion vraie se distinguera d'une pseudo-occlusion par son début plus brutal, ses douleurs plus vives, les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes, l'arrêt des matières et des gaz est plus absolu.

Nous verrons plus loin, à propos de l'évolution qu'il peut exister au cours du mégacolon des occlusions vraies dues à une coudure ou une torsion intestinale. Le clinicien devra toujours penser à la possibilité de production de ces phénomènes :

Lorsqu'il existe un calcul fécal volumineux, ce dernier peut être pris pour une tumeur de l'épiploon, des trompes, de l'utérus, pour un kyste de l'ovaire et particulièrement le kyste dermoïde. En effet, le kyste dermoïde et le stercorome ont ceci

de commun qu'ils sont *dépressibles* et *gardent l'empreinte du doigt*, mais ils ont des caractères différentiels nombreux.

La constipation apparue bien avant la tumeur, datant souvent de la naissance, le péristaltisme intestinal visible, la diminution ou la disparition momentanée de la tumeur sous l'influence des lavages intestinaux ou des purgatifs, sont des symptômes qui ne se rencontrent pas dans l'évolution des tumeurs abdominales.

Enfin le diagnostic peut être aidé ou confirmé au moyen de la radioscopie. On peut la pratiquer après injection d'un lait de bismuth ; ce procédé dans le cas de GUINON et REUBSAËT a pu montrer suffisamment les contours du gros intestin.

NEUGEBAUER propose d'introduire dans le rectum une sonde de Kuhn, sonde en gomme, munie d'un mandrin métallique flexible qui soit assez ferme pour ne pas se recourber sur lui-même dans l'ampoule rectale ou le côlon pelvien, et assez malléable pour se prêter aux sinuosités de l'intestin. On fait ensuite la radiographie. En cas de dilatation, la sonde pénètre facilement et permet de mesurer l'étendue et la situation de l'anse ectasiée.

De même la diaphanoscopie au moyen d'une lampe électrique introduite par l'anus et la rectomanoscopie ou rectoscopie haute, sont autant de procédés capables de nous fixer sur le siège et l'étendue des lésions (SCHREIBER et NEUGEBAUER).

Evolution. — Pronostic

Cette affection évolue d'une manière lente et progressive. Ce sont toujours des troubles intestinaux qui amènent le malade au médecin, surtout le ballonnement du ventre et la constipation, puis le tympanisme, la diarrhée, des troubles respiratoires ou encore la présence d'une tumeur abdominale. Il est rare que la maladie soit découverte par hasard, cependant HAWKINS a signalé deux cas chez des enfants qui étaient entrés à l'hôpital, l'un pour fracture de côtes, l'autre pour fracture de la clavicule, mais ces exemples constituent des exceptions.

L'accumulation progressive des matières fécales va donner lieu à une *obstruction* de plus en plus complète, et alors à tous les signes précédents va s'ajouter le syndrome de l'obstruction intestinale chronique avec : contractions péristaltiques, clapotage intestinal, gargouillements et *pseudo-ascite* ou *matité déclive* (signe de DELBET-RICARD-MATHIEU).

Cette dernière se caractérise comme l'ascite vraie par du météorisme dans les parties supérieu-

res de l'abdomen, une matité dans les parties déclives se déplaçant avec les changements de position du malade et en même temps une fluctuation diamétrale comme dans les épanchements péritonéaux. Dans l'ascite véritable, le déplacement de la matité est beaucoup plus rapide quand le malade change de position ; dans la pseudo-ascite, le liquide met un certain temps pour s'accumuler dans les parties déclives ; de plus la succussion digitale provoque un clapotage qu'on ne trouverait pas dans l'ascite.

L'existence de ce signe est intimement liée à la dilatation de l'intestin et à la présence à l'intérieur de celui-ci d'une certaine quantité de liquide sans surproduction de gaz.

Mais en dehors de ces obstructions chroniques il peut survenir des *obstructions aiguës*, dues à trois mécanismes principaux, d'après les idées de M. GUINARD : la *production spontanée d'une valvule*, la *coudure* et la *torsion*.

Voyons d'abord comment peut se produire une valvule. Le segment colique ectasié augmente brusquement de volume parfois ; dans ce cas il forme autour de l'orifice supérieur du segment sain, une sorte de ballon élastique qui comprime cet orifice, amène un plissement de la paroi, et par suite, il se produit des accidents aigus d'occlusion.

Si le côlon transverse vient à se dilater outre mesure, il se produira au niveau des angles hépa-

tique et splénique une plicature, une *coudure* très prononcée amenant une occlusion automatique à ce niveau.

La troisième cause d'obstruction aiguë est représentée par la *torsion* du gros intestin, le malade de GUINARD en est un bel exemple. Il existait chez lui une torsion du côlon ascendant sur son axe, de telle sorte que l'intestin grêle était reporté à droite de ce côlon ascendant et s'abouchait dans le cæcum à droite.

Dans le cas de LANGEMANN, TUFFIER, BESSEL-HAGEN, la torsion siégeait sur le côlon sigmoïde.

La maladie de Hirschsprung par elle-même prédispose à cette torsion. La constipation habituelle distend graduellement l'intestin et l'affaiblit en paralysant l'effort de contraction des fibres musculaires ; nous avons vu plus haut, à propos de l'anatomie pathologique que le mésocolon prenait part également à cette distension, en subissant une élongation. C'est alors que sous l'influence de mouvements péristaltiques énergiques, d'un déplacement rapide et violent, d'un effort quelconque, ce paquet de matières fécales suspendu à son méso comme un paquet à une corde pourra évoluer sur lui-même et constituer une sorte de volvulus.

L'anse pelvienne est prédisposée plus que toute autre partie du côlon à la production de ce phénomène, de par ses conditions anatomiques et physiologiques. Pour que la torsion puisse se produi-

re sur les côlons ascendant et descendant, il faut que ces derniers présentent une persistance de leur méso. Or, ces malformations ne sont pas rares et peuvent coexister avec le mégacolon. Dans le cas de GUINARD, le côlon ascendant n'était pas accolé à la paroi abdominale postérieure, dans celui de FUTTERER le côlon descendant avait un méso de huit centimètres. Dans l'observation de WALKER, les côlons ascendant et descendant étaient aussi munis d'un méso de 10 centimètres, dans le cas II de BERTI, le côlon descendant n'avait pas non plus terminé son évolution ; HAUSHALTER a constaté également à l'autopsie de son cas que le côlon ascendant était complètement enveloppé de péritoine qui formait un large méso, ce qui expliquait la mobilité du côlon ascendant et les flexuosités qu'il présentait.

Non traitée ou traitée médicalement, la maladie de Hirschsprung aboutit à la mort dans un temps plus ou moins long ; mais elle peut être longtemps compatible avec la vie, on cite des malades qui ont pu vivre jusqu'à un âge avancé (50, 68 ans) ; ce sont des cas où la constipation et la distension bien qu'existant depuis très longtemps, ont toujours cédé momentanément, sous l'influence des moyens médicaux.

Les enfants meurent en général très jeunes, soit d'occlusion intestinale chronique avec cachexie stercorémique, soit d'occlusion aiguë, ou encore d'une maladie intercurrente.

Chez l'adulte l'issue fatale est ordinairement liée à l'obstruction intestinale ou à la *colite* aiguë ; cette dernière est relativement fréquente, quand elle apparaît, la douleur s'accroît, la diarrhée s'établit, la fièvre s'allume ; et dans certains cas, la péritonite par perforation précipite le dénouement.

Pour terminer ce qui a trait à l'évolution de cette maladie, nous donnons une statistique personnelle des causes ayant amené la mort dans 64 observations.

Obstruction intestinale.....	27 cas
Thérapeutique chirurgicale.....	11 cas
Colite	10 cas
Mort subite.....	4 cas
Cachexie	2 cas
Pneumonie	4 cas
Méningite	1 cas
Cause inconnue.....	5 cas

Malgré les faits qui prouvent que cet état morbide est parfaitement compatible avec une existence prolongée, on doit en considérer le pronostic comme grave ; il résulte de la statistique précédente que la mortalité s'élève à 59,5 pour cent. Les malades sont toujours exposés à des accidents graves d'obstruction, aux lésions ulcéraives de colite qui compliquent fréquemment la rétention stercorale ou à une maladie intercurrente dont la

gravité est accrue par l'existence d'un état général précaire. Nous allons voir dans le chapitre suivant, le bénéfice que les malades peuvent retirer du traitement médical ou chirurgical.

Traitement

Nous passerons rapidement sur le traitement médical qui n'a qu'une valeur palliative, le traitement chirurgical a une toute autre importance, et nous retiendra davantage.

La première indication consiste à assurer autant que possible la régularité des selles et à faire disparaître ou tout au moins à diminuer la distension abdominale. Tout d'abord on a recours au traitement médical, celui-ci consiste dans l'administration de purgatifs et de lavements. Les *purgatifs* échouent fréquemment et de plus, ils ont l'inconvénient d'aggraver la maladie en provoquant des crises de rétention intestinale avec vomissements. Par les *lavements* ou mieux les *grands lavages* faits à l'aide d'une longue canule en verre, on obtient plus facilement l'évacuation des gaz et des matières, mais il importe d'introduire cette canule assez profondément de manière à dépasser le coude formé par la rencontre de l'S iliaque avec le rectum. La quantité de liquide introduit dans l'intestin doit être suffisante pour réaliser un véritable brassage des matières et en assurer l'élimination (CHEINISSE).

Sous l'influence de cette thérapeutique associée à un régime alimentaire ayant pour but de faire absorber au malade des aliments très nutritifs sous un volume restreint, on pourra constater dans certains cas, une amélioration qui se manifestera par le relèvement de l'état général du sujet et l'apparition plus ou moins régulière de selles spontanées. SHEADLE a obtenu ce résultat en deux mois ; HIRSCHSPRUNG n'a pas été aussi heureux, au bout de six mois il avait obtenu chez un enfant de 10 ans quelques évacuations spontanées, mais les lavements étaient encore nécessaires. OSLER et FITZ n'ont eu aucune amélioration, le malade de CONCETTI a été guéri après six jours de cette thérapeutique.

D'autres traitements médicaux ont été appliqués, LÉVI a employé la *strychnine* et l'*ésérine*, le malade de JOHANNESSEN fut amélioré par le massage et l'électrisation de l'abdomen associés à l'*atropine* administrée à l'intérieur. Dans le cas de SCHREIBER l'*opium* aurait amené la guérison en trois semaines.

La mise à demeure d'une sonde ano-rectale a fait disparaître la distension abdominale dans les cas de GUINON et de BERSTELMANN, mais le ballonnement s'est rapidement reproduit.

Ces exemples ne sont pas encourageants. Voici d'ailleurs les chiffres d'une des dernières statistiques de DUVAL :

Sur 59 cas où le traitement médical fut appliqué,

la mortalité a été de 74,68 pour cent, la guérison de 13,5 et l'amélioration de 7 pour cent.

En définitive, les résultats ne sont pas satisfaisants. PERTHES a parlé de la faillite des moyens médicaux, cependant nous croyons qu'on peut les appliquer pendant quelque temps avant d'en arriver au traitement chirurgical ; ce dernier d'ailleurs est formellement indiqué si des complications graves menacent la vie du sujet.

Le traitement chirurgical a généralement été appliqué au moment de l'apparition de phénomènes aigus d'obstruction. Les formes sont nombreuses et parmi elles, il convient de distinguer celles qui ont une valeur palliative de celles qui donnent une guérison ou tout au moins une amélioration durables.

Les différentes opérations employées contre la dilatation idiopathique du gros intestin sont :

- La ponction intestinale ;
- La laparotomie exploratrice simple ou suivie de :
- L'anus contre nature ;
- La colotomie ;
- La colopexie ;
- La coloplicature ;
- Les résections valvulaires coliques ;
- La colectomie ;
- Les entero-anastomoses.

La ponction intestinale a été pratiquée par

HIRSCHSPRUNG, MARTIN, PAGET, FITZ. DUVAL la condamne formellement. En raison du danger de la péritonite par perforation, elle ne doit être qu'une opération d'urgence quand l'accumulation des gaz est très accentuée. Elle doit céder le pas à l'introduction d'un tube ano-rectal qui donnera souvent d'aussi bons résultats.

La *laparotomie exploratrice* a été faite dans 9 cas. FLETCHER, HAWKINS, ROTH ont perdu leurs malades. Dans un second cas, HAWKINS a eu une amélioration par le traitement médical appliqué à la suite de l'intervention. Le malade de MARTIN mourut au bout de quinze jours après une seconde laparotomie suivie de ponction intestinale. Dans le cas de FUTTERER, on referma l'abdomen pensant avoir affaire à un kyste très vasculaire et craignant une hémorragie : décès cinq jours après.

Dans l'observation de VILLAR, une laparotomie exploratrice suivie de ponction intestinale avait été pratiquée par un chirurgien deux ans avant la véritable opération. SAINT-MARTIN la fit chez son malade pour évacuer une tumeur fécale par malaxage.

GUINARD l'a pratiquée également chez le petit malade dont nous rapportons l'observation. Dans ce cas, les phénomènes d'occlusion étaient dus à la torsion du côlon ascendant dont le résultat avait été de rejeter l'intestin grêle à droite de ce côlon ascendant. GUINARD fit le dévidage de l'intestin

grêle et brusquement la torsion du côlon se réduisit d'elle-même.

L'*anus contre nature* a été pratiqué 14 fois avec 6 guérisons. Les malades de GRIFFITH, SYERS, GOUREWITCH, HAWKINS, SCHÜCKMANN, TUFFIER, CERNÉ et PFISTERER virent la mort survenir les jours qui suivirent l'opération.

OSLER, SCHWARTZ, SCHNITZLER, BESSEL-HAGEN et VILLAR ont eu des résultats satisfaisants amenant la guérison fonctionnelle et permettant un traitement ultérieur.

TRÈVES fit une colostomie secondairement à une colotomie et à une colopexie, il n'obtint aucune amélioration et fut conduit plus tard à une colectomie.

VILLAR fit la colostomie après avoir extériorisé 50 centimètres du gros intestin, quatre jours après il réséqua toute l'anse herniée se proposant de traiter plus tard l'anus artificiel.

La *colostomie* est surtout une opération d'urgence nécessitée par des accidents aigus d'obstruction ou faite de propos délibéré comme premier temps d'une intervention plus radicale, car la dilatation du segment malade et les accidents qui en sont la conséquence reparaissent généralement après la fermeture de l'anus.

La *colotomie* a été pratiquée 5 fois avec succès pour l'extraction d'une tumeur stercorale. Le résultat immédiat fut satisfaisant, mais les malades

virent plus tard les troubles faire de nouveau leur apparition.

TUFFIER enleva un fécalome de 1 kilog. 455 ; trois mois après, il dut pratiquer une entéro-anastomose.

POZZI fit la rectoplication après l'ablation d'un fécalome de 700 grammes, mais il fut obligé dans la suite d'avoir recours aux moyens médicaux pour lutter contre la paresse intestinale.

Nous relevons dans les observations que nous avons recueillies 9 cas dans lesquels la *colopexie* fut pratiquée.

FRIEDHEIM, SCHWARTZ et WOOLMER, dans deux cas, ont eu d'excellents résultats, au bout de deux à huit jours, ils ont obtenu des selles normales et l'intestin a bien fonctionné dans la suite.

Dans les cas de BUREAU et de ROUX DE BRIGNOLLES, l'intestin a conservé une certaine paresse, l'amélioration est maintenue à l'aide des courants continus.

Par contre, d'autres auteurs furent obligés d'en arriver à des opérations secondaires.

TRÈVES fit une colopexie suivie de colostomie sept jours après, neuf mois après, il pratiqua une colectomie.

RICHARDSON pratiqua d'abord une colectomie quelques mois plus tard une colopexie ; les douleurs et la constipation persistant, il fut obligé de recourir à une nouvelle colectomie sans résultat.

Le malade de GOUREWITCH subit une colopexie

suivie de colostomie, il mourut quelques jours après de péritonite.

La *coloplicature* (*rectoplicature* de Pozzi), opération qui consiste à diminuer le calibre de l'intestin à l'aide de sutures de LEMBERT convenablement disposées en une ou plusieurs séries, a été pratiquée six fois.

Le malade de Pozzi a été très amélioré, mais son intestin est resté paresseux, SCHWARTZ a fait en même temps une colopexie, son malade paraît avoir bénéficié davantage de l'intervention.

Dans les cas de BROOK et de BASTIANELLI, les fonctions intestinales furent rétablies au bout de quelques jours. TUFFIER n'eut pas de résultat durable, un mois après, il fut obligé de faire une entéro-anastomose.

ITO et SOYESIMA ont fait une coloplicature pelvienne associée à une iléo-sigmoïdostomie, le résultat fut négatif. Dans une seconde opération ils sectionnèrent l'iléon entre la zone anastomosée et le cœcum, et les deux bouts fermés séparément furent abandonnés dans le ventre. Les selles devinrent normales, mais cette guérison ne peut être mise sur le compte de la coloplicature.

La *résection d'une valvule colique*, cause de la rétro-dilatation, a été pratiquée par PERTHES. Le résultat ne fut pas satisfaisant puisqu'il fut amené à faire dans la suite une entéro-anastomose et une colectomie pour obtenir la guérison.

La *colectomie* a été pratiquée 13 fois.

Les malades de LANGMEAD, HARRINGTON et PLUYETTE meurent.

Dans les cas de ROTH et de RICHARDSON (malade de PORTER), la résection du côlon pelvien amène la guérison.

TRÈVES, en troisième opération, fit une colectomie, il réséqua totalement les côlons descendant, iliaque et pelvien, et sutura l'angle splénique à l'anus. La guérison fut rapide et complète.

RICHARDSON pratiqua une première colectomie suivie de suture du côlon descendant au côlon présacré. Les résultats ne furent pas satisfaisants, un an après il fit une seconde laparotomie suivie simplement de la destruction d'adhérences. Deux mois après, il fit une colopexie. Quelque temps après, nouvelle colectomie, le gros intestin est dilaté en entier. Les douleurs et la constipation persistèrent.

PERTHES obtint une guérison parfaite après la résection de 6 centimètres d'intestin.

Le malade de BORÉLIUS est amélioré pendant 2 ans à la suite de la résection du côlon sigmoïde, depuis, son état laisse beaucoup à désirer.

FABRE DE PAREL fit une colectomie pour enlever une tumeur fécale de 3 kilogr., il fit ensuite la fermeture des deux bouts coliques et leur abouchement latéro-latéral large. Guérison complète.

SCHNITZLER, BESSEL-HAGEN et VILLAR ont pratiqué la colectomie pelvienne en deux temps et ont obtenu la guérison de leurs malades.

Restent les *entéro-anastomoses*. Sur six observations, six guérisons opératoires, mais les résultats définitifs sont variables.

NEUGEBAUER obtient la guérison de son malade par une anastomose transverso-rectale.

Dans une cas d'HAWKINS, l'iléo-sigmoïdostomie amène une amélioration notable.

BUREAU fit une anastomose latérale entre le côlon descendant au-dessus de l'ectasie et la partie supérieure du rectum, en même temps il fixa le côlon descendant à la partie supérieure de la plaie, le résultat ne fut pas très heureux, l'intestin conserva toujours une certaine paresse.

TUFFIER fit une entéro-anastomose suivie d'exclusion partielle de l'anse malade par plicature. Guérison. BORÉLIUS fit une anastomose latérale entre les segments supérieur et inférieur du côlon sigmoïde, il fut obligé de recourir à une colectomie six mois après.

ITO et SOYETIMA pratiquèrent une iléo-sigmoïdostomie sans résultat. Après une résection intestinale la guérison survint.

En somme, de l'analyse de ces diverses interventions chirurgicales, il résulte que :

La ponction intestinale, la laparotomie exploratrice, la colostomie, la colotomie simple, ne sont que des opérations palliatives.

Parmi les opérations dites curatives, la coloplicature n'a pas toujours donné les résultats qu'on attendait.

La *coloplexie* pratiquée surtout quand il existe une inflexion ou une torsion de l'intestin, ne remédie nullement à la lésion primitive, à l'ectasie du côlon.

Les opérations qui semblent donner les meilleurs résultats sont la *colectomie* et l'*iléosigmoïdostomie*.

La colectomie paraît être l'opération la plus appropriée à la maladie de Hirschsprung puisqu'elle supprime radicalement la lésion. Mais elle comporte une grande gravité, il est impossible, d'autre part, de la pratiquer quand l'ectasie est généralisée à la totalité des côlons. Enfin la récurrence peut survenir comme le fait est arrivé à RICHARDSON. Faite en deux temps, son exécution comporte une gravité moins grande.

L'iléosigmoïdostomie ou mieux l'*exclusion unilatérale du gros intestin* par l'implantation de l'iléon dans l'anse sigmoïde a été préconisée par LEJARS, PLUYETTE, GUINARD. Cette opération est plus facile, plus rapide et plus bénigne. Elle est surtout indiquée dans les cas de dilatation généralisée à tout le gros intestin. Le repos complet des côlons amène comme dans toute partie exclue une atrophie de l'organe, dans un cas de BJØERKSTEN le diamètre du colon tomba de 12 à 4 centimètres.

Il y a, toutefois, un accident ultérieur à craindre, si les évacuations rectales ne sont pas journalières, il peut arriver que les matières refluent vers

le cœcum et par leur accumulation, donnent lieu à des accidents d'intoxication.

En définitive, le nombre des observations que nous avons recueillies est trop restreint pour que nous puissions nous faire une idée exacte sur la conduite à suivre. Cependant, en présence des résultats encourageants de la colectomie et de l'iléo-sigmoïdostomie, nous pensons que c'est entre ces deux méthodes qu'il faudra choisir après échec du traitement médical. L'exclusion unilatérale des colons convient mieux aux ectasies généralisées ou très étendues, la colectomie trouve plutôt son indication quand la dilatation est tout à fait segmentaire.

Observations

OBSERVATION I (FREDERICUS RUYSCH, in JAYLE)

Enormis intestini coli dilatatio

Puella quinque annos nata, jam a longo tempore conquerebatur de torminibus ventris. Qua dolores leniendi, flatus discutiendi vermesque necandi vim obtinent, aliquoties adhibebantur, at incassum omnia ; unde perseverantibus doloribus tandem ex hac vita migrabat. Aperto cadaverculo, præter eam intestini coli partem, quæ rectum nominari incipit, vix ullum (mirum dictu !) abdominis viscus conspicerere potui, idque propter enormem extensionem in dicta intestini coli parte, sub quo cætera latibabant viscera.

Enorme dilatation du côlon

Un enfant de cinq ans se plaignait depuis longtemps de tranchées abdominales. Pour calmer les douleurs, diminuer le ballonnement du ventre et tuer les vers, on avait essayé de tout et en vain. Les douleurs persistant, l'enfant finit par périr. A l'ouverture du petit cadavre, je ne pus voir (fait particulièrement extraordinaire) aucun viscère au-dessus de cette partie de l'intestin côlon qui commence à prendre le nom de rectum, et cela à cause de l'énorme dilatation du côlon qui cachait tous les autres viscères.

OBSERVATION II (FAVALLI, in DUVAL)

Homme de cinquante ans, bien bâti, grand buveur. Depuis plusieurs jours, constipation et douleurs abdominales. A la suite d'un lavement, météorisme et violentes douleurs abdominales, dyspnée, faiblesse cardiaque, pouls petit et accéléré. Mort au bout de seize heures.

Autopsie. — Sac énorme rempli de gaz puants, et de matières fécales remplissant la cavité abdominale. Péritoine normal. Intestin grêle aplati normal et repoussé en arrière. Estomac sain. Gros intestin dilaté. Côlon ascendant, transverse et une partie du descendant, ballonnés et semblables à un gros intestin de cheval. Sac énorme constitué par le colon pelvien. Au-dessous du sac, toutes choses normales. Pas de sténose.

Rectum perméable en entier, mais légèrement dilaté. Appendices épiploïques 4-5 fois plus gros que d'habitude. Parois coliques d'épaisseur 5-6 fois supérieure. L'hypertrophie porte seulement sur la muqueuse et la musculuse. Séreuse normale. Tissu cellulaire sous-muqueux très abondant. Muqueuse brun verdâtre. Veines intestinales très développées. Système vasculaire pelvien très dilaté. Pas de modifications organiques du côlon.

OBSERVATION III (BANKS, in DUVAL)

Homme de cinquante ans, toujours constipé et souffrant de douleurs abdominales. Aggravation subite, obstruction intestinale, mort.

Autopsie. — Côlon pelvien énorme. Circonférence de 66 centimètres. Pas d'obstacle intestinal.

OBSERVATIONS IV ET V (AMMON, in DUVAL)

I. Autopsie d'un enfant mort peu après sa naissance. Dilatations sacciformes du côlon descendant séparées par des points rétrécis. Dilatation sacciforme « du point où le côlon descendant doit passer dans le rectum ».

II. Dilatation du rectum, des côlons descendant et pelvien chez un fœtus de sept mois.

OBSERVATION VI (PEAKOK, obs. de BRISTOWE, in DUVAL)

Homme de 28 ans. Constipation depuis la naissance. Prenait souvent des lavements. Entré le 11 mai 1871 à l'hôpital dans le service de M. Peakok.

En 1860, crise grave d'obstruction intestinale. Constipation persiste, mais il était obligé de se retirer souvent pour émettre des gaz très abondants.

Six semaines avant sa mort, symptômes graves d'obstruction, vomissements, Rectum est trouvé rempli de matières dures.

Lavements, amélioration.

Aggravation rapide. Distension abdominale, tympanisme généralisé. Œdème de la paroi, depuis huit jours pas de selles. Mort.

Autopsie. — Fin de l'iléon distendue par matières fécales. Le gros intestin en entier est énormément distendu. Diamètre uniforme 6 à 8 pouces. Muqueuse largement ulcérée sur le transverse et l'anse sigmoïde. Rectum perméable.

OBSERVATION VII (DUPLÉIX)

Malade de 38 ans. — A la naissance, imperforation de l'anus. Depuis l'enfance, constipation et ballonnement. Trois

mois avant son entrée à l'hôpital, le ballonnement du ventre s'accroît de plus en plus. Malade est pris un jour en allant à la selle de dyspnée intense et subite. Mort au bout d'une heure.

Autopsie. — Masse énorme remplissant toute la cavité abdominale, refoulant dans l'intérieur de la cavité thoracique, le diaphragme, l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate. Cette masse était l'S iliaque et le rectum très dilatés.

Epaississement des parois intestinales, pas de sténose.

OBSERVATION VIII (CHAPMAN, in DUVAL)

Déplacement du foie par le côlon pelvien très dilaté

Côlon pelvien très dilaté, 12 pouces anglais, musculature étalée, muqueuse très enflammée, rectum étroit mais normal. Sac intestinal insinué entre la paroi et la face externe du lobe droit du foie ; le foie était très comprimé et portait un profond sillon.

OBSERVATION IX (GEE, obs. I, in DUVAL)

Garçonnet, 4 ans $\frac{1}{2}$. A l'âge de 3 mois, difficultés de la défécation avec selles solides. A un an, distension abdominale commence et progresse.

Examen. — Grande distension abdominale, anses intestinales visibles sous le paroi, dyspnée, constipation qui ne cède qu'aux lavements. Evacuation des gaz par la sonde rectale.

Mort au bout de cinq semaines.

Autopsie. — Grande longueur et distension énorme du côlon pelvien, diamètre maximum 10 centimètres, parois

hypertrophiées. Côlon pelvien forme deux sacs en connexion avec l'intestin étroit. Rectum distendu.

OBSERVATION X (GEE, obs. II, in DUVAL)

Garçonnet de 4 ans. Très distendu depuis l'âge de un mois. Constipation habituelle.

Tympanisme, rectum plein de fèces dures.

Autopsie. — Distension du côlon surtout de la partie supérieure de l'anse pelvienne, contraction du rectum et de la partie basse de l'anse pelvienne par des concrétions dures ; au-dessus des fèces semi-liquides ; pas de sténose.

OBSERVATION XI (BRISTOWE, obs. III, in DUVAL)

E. M... fillette de huit ans, admise le 15 mars 1855 à Saint-Thomas Hospital. A paru être bien portante jusqu'à il y a neuf semaines ; elle a toujours été sujette à la constipation. A l'admission, enfant pâle, émaciée, abdomen très développé surtout dans sa partie supérieure. Pas de douleurs ni de sensibilité, pas de tumeur évidente. On suppose : tuberculose péritonéale. Vit trois semaines et pendant ce temps abdomen devient de plus en plus tendu, vomit de temps en temps, n'émet pas de matières.

Mort le 5 juin.

Autopsie. — Côlon pelvien descendant et transverse très distendus, occupant presque toute la cavité abdominale. Cæcum et côlon ascendant moins distendus. Péritoine normal. Appendices épiploïques petits et rouges. Gros intestin rempli de fèces semi-liquides, verdâtres, puantes. Dans le rectum fèces plus dures. Pas de rétrécissement en aucun point.

Couche musculaire surtout hypertrophiée. Muqueuse

saine, épaissie, pourtant par places est congestionnée, porte 5 à 6 ulcérations simples. Ganglions mésentériques sains. Autres organes normaux.

OBSERVATION XII (GAUME, in DUVAL)

Enfant toujours constipé mais depuis un an surtout, n'a eu qu'une selle tous les huit jours, composée de scybales dures et peu abondantes. Météorisme constant sans douleurs abdominales, parfois l'intestin se vide en bloc et le ventre diminue de volume.

Anorexie. Cachexie. Dans région iliaque gauche, tumeur dure, ovale, grosse comme une tête de fœtus, mate, douloureuse à la palpation. Dans région homologue droite, petite tumeur semblable.

Lavements purgatifs amènent abondante évacuation.

Enfin apparaissent vomissements fécaloïdes, extrémités froides et cyanosées, facies abdominal, congestion pulmonaire, diarrhée, coma, cyanose et météorisme, mort.

Autopsie. — Gros intestin en entier très dilaté. Péritoine normal. Le côlon descendant est peu dilaté. Côlon pelvien remplit le bassin. Intestin contient encore grande quantité de fèces brunâtres et de gaz. Pas d'obstacle. Parois coliques enflammées surtout à la hauteur du segment pelvien et du rectum.

Muqueuse gris blanc, épaissie, friable.

Partout la séreuse est intacte. Intestin grêle légèrement dilaté et hyperhémie.

OBSERVATION XII (FUTTERER et MIDDENDORF, in DUVAL)

Enfant de 14 ans, venu au monde avec un ventre trop gros, qui augmente dans les années suivantes. Dyspnée

d'effort. Cependant défécation normale et spontanée trois fois par jour.

Ventre très dilaté, cage thoracique évasée. Veines très dilatées. Poumons et cœur remontés. Tympanisme abdominal généralisé. Pas de tumeur. Sensation de flot.

Lavements, sonde rectale, abdomen diminue.

Incision exploratrice médiane. Sonde entrée par le rectum, sortie à trois centimètres sous l'ombilic, à l'ouverture du péritoine, on tombe sur des veines énormes qui semblent siéger dans la paroi d'un kyste. Fermeture de l'abdomen par crainte d'hémorragie. Mort cinq jours après.

Autopsie. — On incise sac énorme contenant gaz, et 8 litres environ de fèces liquides. Ce sac remplit tout l'abdomen, est formé par le côlon pelvien distendu et mesure 66 centimètres de circonférence, 16 litres d'eau sont nécessaires pour le remplir.

Intestin grêle, estomac, côlon jusqu'à l'S iliaque normaux. Le côlon descendant est rattaché à ce sac par un méso de huit centimètres et tandis que le côlon transverse à 3, 5 centimètres de diamètre, il n'a que 2 centimètres. Muqueuse saine. Musculaire très hypertrophiée atteignant la moitié de l'épaisseur totale.

Sous-muqueuse lâche. Séreuse épaissie.

OBSERVATION XIV (CHEADLE, in DUVAL)

Garçonnet de 3 ans. Distendu et constipé depuis l'âge de 3 mois. Purgatifs restent sans succès, selles dures. Depuis deux ans pas de selle sans lavement.

Circonférence abdominale 59 centimètres ; tympanisme. Traitement médical rétablit l'état normal. En deux mois on obtient une selle quotidienne.

OBSERVATION XV (HUGHES, in DUVAL)

Enfant de 3 ans constipé depuis la naissance, distension abdominale progressive et généralisée. Mouvements intestinaux aperçus à travers la paroi. Mort des suites d'une deuxième attaque de colite aiguë.

Autopsie. — Tout le gros intestin dilaté. La plus grande circonférence (9-10 cen.) était au niveau du côlon pelvien.

Musculaire très hypertrophiée, muqueuse ulcérée par nombreuses places.

OBSERVATION XVI (HIRSCHSPRUNG, obs. I, in DUVAL)

Enfant de huit mois, constipé depuis la naissance. Purgations sans résultat, va à la selle avec lavements. Bonne santé. Abdomen modérément distendu, rectum plein de scybales, une selle en 14 jours.

Ballonnement en rapport avec la constipation, vomissements occasionnels. Diarrhée fétide profuse. Mort à onze mois.

Autopsie. — Grande dilatation du côlon pelvien et surtout du côlon transverse, parois hypertrophiées, ulcérations muqueuses. Rectum normal; pas de sténose.

OBSERVATION XVII (HIRSCHSPRUNG, obs. II, in DUVAL)

Enfant de sept mois, constipé depuis la naissance, selles seulement après des purgatifs, ni douleurs, ni vomissements. Distension abdominale augmentant progressivement. A six mois, ponction intestinale faite au trocart sans incidents; diarrhée et vomissements passagers. Abdomen énorme, 56 centimètres de circonférence. Mouvement peristaltiques visibles, diarrhée profuse, mort au bout d'un mois.

Autopsie. — Grande distension des côlons pelvien et transverse, parois hypertrophiées, ulcérations muqueuses.

OBSERVATION XVIII (HIRSCHSPRUNG, obs. III in DUVAL)

Garçon mort à l'âge de deux mois et demi, pas d'évacuation intestinale depuis sa naissance. Au troisième jour, l'introduction d'un doigt dans l'anus amène l'évacuation du méconium.

Constipation continue, pas de selle spontanée ni de diarrhée, abdomen distendu, mouvements péristaltiques vus à travers la paroi, distension s'accroît, état général décline. Mort.

Autopsie. — Distension du cœcum et des quatre portions du côlon. Hypertrophie des parois coliques, pas d'ulcérations, pas de sténose. Côlons partout remplis de matières.

OBSERVATION XIX (HIRSCHSPRUNG, obs. IV, in DUVAL)

Garçon de 10 ans. Constipé depuis l'enfance, abdomen distendu, parfois des douleurs abdominales cessant avec l'évacuation de gaz et de fèces, vomissements exceptionnels.

Distension très grande, tympanisme généralisé, fèces dans le rectum, pas de selles depuis jours.

Lavements provoquent la défécation. Par périodes, selles spontanées non solides. Six mois plus tard, bon état général, lavements toujours nécessaires.

OBSERVATION XX (HIRSCHSPRUNG, obs. V, in DUVAL)

Enfant de trois jours n'ayant pas encore évacué son méconium, refuse le sein maternel.

Abdomen très dilaté et parois infiltrées d'œdème. Introduction d'un doigt dans l'anus fait évacuer le méconium. L'enfant tète, mais les selles ne sont pas spontanées. Ventre reste ballonné et météorique. Hoquet.

Au troisième mois, mauvais état général, oligurie, albuminurie légère, puis vomissements. Mort.

Autopsie. — Segment inférieur de l'iléon légèrement dilaté et contient des plaques de Peyer, hypertrophiées. Cœcum dilaté. Côlon ascendant court. Côlon transverse, 17 centimètres de long et 11 centimètres de large sans grande épaisseur des parois. Côlons descendant et pelvien sont les parties les plus dilatées et les plus hypertrophiées : 24 centimètres de diamètre et 3 millimètres d'épaisseur.

Pas d'ulcérations ni de stricture.

OBSERVATION XXI (HIRSCHSPRUNG, obs. VI, in DUVAL)

Garçon de 10 ans, souffre depuis l'enfance de constipation et de météorisme. Abdomen dilaté, tympanisme, pas douloureux. Parfois ondes péristaltiques aperçues à travers la paroi.

Constipation parfois absolue pendant huit jours. Après l'administration d'un lavement, il s'écoule une très grande quantité de matières.

Rectum constamment rempli de fèces.

Un frère de l'enfant souffre aussi de douleurs abdominales et de troubles de la défécation.

L'enfant est perdu de vue.

OBSERVATION XXII (MONEY et PAGET, in DUVAL)

Homme de 55 ans, alcoolique, souffre d'une énorme dilatation du côlon avec dyspnée et bronchite, la ceinture a

plus de 60 pouces de circonférence et la distance de l'appendice xiphoïde au pubis est de 60 pouces.

Albuminurie. Ponction de l'intestin. Amélioration, puis mort au bout de deux semaines.

Autopsie. — Foie cirrhotique. Enorme dilatation du côlon et surtout de la flexure sigmoïde qui forme un sac occupant toute la cavité abdominale.

Pas de rétrécissement organique. Hypertrophie des parois coliques.

OBSERVATION XXIII (FORMAD, in DUVAL)

Homme de 23 ans connu sous le nom « d'homme ballon ». Depuis l'enfance, météorisme et constipation opiniâtre. Mort de colite aiguë. A l'autopsie, pas de rétrécissement ni de compression de l'intestin. Côlon a les dimensions d'un gros intestin de bœuf.

OBSERVATION XXIV (HADDEN, in DUVAL)

Garçon de 11 ans. Intestin fonctionne bien jusqu'à l'âge de 3 mois. A partir de cette époque : douleurs, vomissements, constipation, distension abdominale. Mort par cachexie.

Autopsie. — Distension des 61 derniers centimètres de l'intestin grêle et du côlon au-dessus de l'anse sigmoïde.

OBSERVATION XXV (OSSLER, obs. I, in DUVAL)

Jeune nègre de 10 ans, très amaigri, poids 22 kilos. Circonférence abdominale, 63 centimètres, augmentant peu à peu et portant ce chiffre à 80 centimètres.

Ventre très distendu, pas de douleurs, tympanisme. Constipation opiniâtre.

Laparotomie ; anus contre nature. Gros intestin très dilaté surtout au niveau du côlon pelvien qui mesurait 45 centimètres de circonférence.

Neuf jours après l'opération, l'enfant se lève, appétit et nutrition meilleurs. Tympanisme disparu, les fèces sortent par l'anus artificiel.

Le chirurgien avait projeté de faire secondairement la colectomie.

OBSERVATION XXVI (OSSLER, obs. I, in DUVAL)

Enfant de 8 mois constipé depuis sa naissance ; jusqu'à cet âge, n'a eu que cinq ou six selles spontanées. Pas de rétrécissement rectal. Constipation et météorisme augmentent. Vomissements et crises de coliques fréquentes, fièvre. Anses intestinales en mouvement visible sous la paroi.

Enfant observé pendant 7 à 8 mois, l'état ne se modifie pas.

OBSERVATION XXVII (WALKER et GRIFFITHS, in DUVAL)

Enfant mort à l'âge de 11 ans. Après la naissance le ventre augmenta de volume en quelques semaines. A 3 mois, distension considérable. 3 ans plus tard, distension accrue. Tympanisme généralisé. Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on ne voit qu'une énorme anse intestinale, c'étaient les côlons transverse et descendant mesurant 23 pouces de circonférence. Pas de sténose. Péritoine très épaissi.

Au microscope la muqueuse de la portion distendue et hypertrophiée du côlon est très épaissie. Les tuniques

musculaires longitudinales et circulaires sont également épaissies.

OBSERVATION XXVIII (GENERSICH, in DUVAL)

Enfant né normalement, vomit bientôt mucosités verdâtres. Pas d'évacuations rectales. Au deuxième jour déjà dilatation de l'abdomen augmentant continuellement. Lavement huileux, selle au huitième jour. Constipation persiste, parfois 14 jours durant. Vomissements passagers. A 15 mois, abdomen de 63 centimètres, fièvre, vomissements, ballonnement exagéré. Mort.

Autopsie. — Côlons ascendant, transverse et descendant très dilatés. Côlon pelvien contracté par places. Ulcérations nombreuses sur les segments ascendant et transverse. Péritoine sain. Hypertrophie totale des parois coliques.

OBSERVATION XXIX (MYA, obs. I, in DUVAL)

Enfant de 2 mois, à la naissance météorisme et vomissements. Première évacuation du méconium le second jour, à l'aide de lavements. Météorisme invariable (circonf. abdom. 45-56 cent.). Constipation dure cinq à dix jours.

La sonde rectale pénètre avec facilité.

Après une observation de six semaines l'enfant est perdu de vue.

OBSERVATION XXX (MYA, obs. II, in DUVAL)

Enfant de six mois. Constipation et distension abdominale depuis la naissance. Lavements fréquemment retenus. Constipation dure huit jours. Parfois vomissements,

fièvre, diarrhée, agitation, dyspnée. Amaigrissement rapide. Introduction d'une sonde rectale provoque une émission abondante de gaz puants. Mort par colite aiguë au bout de deux semaines environ.

Autopsie. — Le gros intestin remplit presque complètement toute la cavité abdominale. Côlon irrégulièrement dilaté. Côlons ascendant, descendant et pelvien, rectum inférieur : 5 centimètres. Milieu du côlon transverse : 16 centimètres.

Muqueuse rouge, injectée, nombreuses ulcérations folliculaires, les plis normaux ont disparu.

Pas d'obstruction ni de sténose.

Les mensurations des différentes couches de la paroi colique sont :

Muqueuse, épaisseur.....	0,055 ^m
Muscularis mucosæ, épaisseur.....	0,220 ^m
Tissu conjonctif sous-muqueux.....	0,550 ^m
Musculaire transverse, épaisseur.....	0,330 ^m
Musculaire longitudinale, épaisseur.....	0,035 ^m
Séreuse	1,505 ^m

Epaisseur totale..... 2,695^{mm}

Muqueuse privée en de nombreux points de son épithélium et de ses glandes tubulées. Nombreux amas de leucocytes. La musculaire muqueuse présente une infiltration leucocytaire intense. Tissu conjonctif sous-muqueux épaissi. Musculaire transverse hypertrophiée, infiltrée. Musculaire longitudinale amincie. La répartition en trois bandes a disparu. La couche séreuse montre la plus grande épaisseur (environ la moitié de l'épaisseur totale) avec des faisceaux conjonctifs complètement développés, les vaisseaux atteints sont épaissis jusqu'à l'oblitération (artérite proliférante) ; de même la tunique adventice des veines. En quel-

ques points il semble que les faisceaux conjonctifs ont subi la dégénérescence hyaline.

OBSERVATION XXXI (BERTI, obs. I, in DUVAL)

Enfant de 13 mois. Etat général satisfaisant, mais constipation et distension abdominale.

Meurt peu de jours après avec les symptômes d'une pneumonie et d'une méningite. Durant la vie il y avait des troubles de la défécation, diarrhée alternant avec une forte constipation.

Autopsie. — Pneumonie double et congestion méningée : Intestin grêle météorisé. Gros intestin normal jusqu'au côlon descendant. A partir de l'angle hépatique le côlon se présente horizontalement jusqu'à la ligne médiane puis se dirige en arrière, franchit le rein gauche et descend dans la fosse iliaque. Là le côlon décrit une seconde courbe, remonte et, sous le diaphragme serpente et redescend en se dilatant énormément ; il forme un double sac séparé par un léger rétrécissement.

Ce sac double remplit tout le bassin.

L'ectasie a des parois très épaisses.

Au microscope : muqueuse presque totalement dépourvue de son épithélium, tissu conjonctif infiltré de cellules lymphoïdes jaunes.

Parois des vaisseaux épaissis ; pas d'oblitération. Couche musculaire transversale très épaissie, couche longitudinale moins.

Muscularis mucosæ infiltré de leucocytes, la séreuse n'est pas très épaissie.

OBSERVATION XXXII (BERTI, obs. II, in DUVAL)

Enfant normal jusqu'à l'âge de deux mois. A ce moment

amaigrissement extrême. Ventre dilaté. Evacuation très rares, lavements fréquents qui évacuent des fèces très puantes. Dans les derniers jours de la vie, fièvre, diarrhée, broncho-pneumonie.

Autopsie. — Intestin grêle dilaté ; parois amincies.

Côlon transverse dilaté ; à la hauteur du cercle costal gauche, le côlon descendant remonte à nouveau vers le milieu du ventre, arrivé sous le diaphragme, redescend à gauche et s'ouvre dans une dilatation arrondie en forme de goître.

De là au rectum, nombreuses flexuosités à calibre dilaté. Muqueuse colique rouge, parois un peu épaissies.

Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION XXXIII (ROLLESTON et HAWARD, in DUVAL)

Garçon de 12 ans. Distension abdominale depuis l'âge de deux mois. Constipation croissante. Selles irrégulières. Depuis deux ans, vomissements.

Examen. — Abdomen énorme, tympanisme, mouvements péristaltiques visibles. Constipation opiniâtre alternant avec évacuations. Mort en crise d'obstruction.

Autopsie. — Côlons descendant et pelvien très dilatés. Le reste du côlon et le rectum moins gros, pas de sténose, parois coliques hypertrophiées, ulcérations muqueuses.

OBSERVATION XXXIV (TORDEUS, in DUVAL)

Enfant de 17 mois, rachitique. Constipé depuis la naissance. Défécation tous les 3 ou 4 jours par lavements.

Au-dessus du pubis, tumeur dure, rouge, mobile. Vomissements, agitation, météorisme, douleurs. Fièvre et mort.

Autopsie. — Côlon pelvien de volume 3 fois supérieur à la normale contenant des scybales durës.

Tout le segment supérieur du côlon est dilaté. Muqueuse épaissie et très pigmentée.

OBSERVATION XXXV (DEMONS)

Garçon de 8 ans habituellement constipé. Distension du ventre venue peu à peu. Présence dans l'abdomen d'une tumeur énorme, dure, bosselée, légèrement mobile à droite et à gauche et conservant l'enfoncement des doigts. Zones de matité et de sonorité. On rencontre les matières par le toucher rectal.

Diagnostic : Stercoromé. On fait disparaître cette tumeur par la fragmentation, et le lavage de l'intestin.

OBSERVATION XXXVI (MARTIN, in DUVAL)

Garçon de 3 ans et demi. Pas de selles jusqu'à l'âge de cinq jours. Toujours constipé dans la suite. Distension abdominale commence à l'âge de un an et augmente progressivement.

Circonférence abdominale, 68 cent. Mouvements péristaltiques visibles. Tympanisme, pas de sensibilité. Laparotomie exploratrice, pas de sténose. Deuxième laparotomie au bout de quinze jours, ponction intestinale. Mort.

Autopsie. — Péritonite par perforation ; côlon pelvien très long, très distendu, parois hypertrophiées, pas d'ulcérations, méso épaissi, rectum normal, côlon descendant légèrement dilaté et hypertrophié.

OBSERVATION XXXVII (DUBOURG)

Garçon de 15 ans. Entre à l'hôpital pour tumeur de l'abdomen.

Il y a un an et demi, diarrhée intense ayant duré huit jours, suivie d'une constipation opiniâtre qui n'a pas rétrocedé. Au bout de quelques jours, constatation au niveau de l'ombilic d'une tumeur dure, ronde, indolente, de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur a augmenté lentement. Etat général bon.

Diagnostic : Tumeur bénigne du mésentère.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Portion d'intestin très distendue, c'est le côlon sigmoïde. Musculeuse très hypertrophiée. Incision de l'intestin, extirpation de la tumeur. Poids de la tumeur, 720 grammes. Coloration vert très foncé, odeur des matières fécales normales. Consistance dure au centre, molle argileuse à la périphérie.

OBSERVATION XXXVIII (HOBBS et de RICHEMOND, in DUVAL)

Enfant de 2 ans $\frac{1}{2}$. Distension considérable de l'abdomen à la naissance. Dans la suite, défécation très difficile. Distension progressivement accrue, tympanisme.

Ponction capillaire. Enfant perdu de vue.

OBSERVATION XXXIX (RIETHER, in DUVAL)

Enfant refusant le sein et vomissant. Ventre dilaté, météorisé.

Constipation, les vomissements ne sont pas fécaloïdes, lavements sans effets. Mort au bout de sept jours.

Autopsie. — Estomac et intestin dilatés. Côlon très dilaté. Rectum libre et contracté. Pas d'obstacle.

OBSERVATION XL (HICHENS, in DUVAL)

Homme de 20 ans, constipé dès la naissance. Abdomen

progressivement dilaté, purgatifs et lavements nécessaires. Mort subite.

Autopsie. — Abdomen énorme. Côlon pelvien très distendu et allongé, parois très hypertrophiées, pas de sténose.

OBSERVATION XLI (TRÈVES, in DUVAL)

Fillette de 5 ans et 9 mois. Forte constipation. Corps émacié. Abdomen énorme et distendu. Tympanite généralisée. Mouvements péristaltiques visibles. Evacuation n'est obtenue que par lavements et introduction d'un tube anal.

Crises d'obstruction fréquentes amènent cette enfant à l'hôpital.

Laparotomie médiane. Présentation d'une anse colique ressemblant à un estomac d'adulte. Elle est vidée de ses gaz par une petite incision. Parois de la poche lisses, un pli valvulaire de la muqueuse occupait le segment inférieur communiquant avec le segment sous-jacent rétréci. Ce repli muqueux a dû contribuer à l'obstruction et à la rétention colique. Cependant après examen des pièces, il semble peu probable que l'obstruction était due à la plicature de l'intestin à l'extrémité inférieure de la portion dilatée. On ferme la colotomie et on fait une colopexie. On met une canule rectale à demeure. Pas de distension pendant quelques jours. La canule s'étant bouchée, on la retire et on fait un anus artificiel qui fonctionna bien pendant neuf mois. Puis une troisième opération, colectomie totale descendante, iliaque, pelvienne et partie supérieure du rectum.

Position périnéale, extirpation périnéale de l'anus et du rectum, suture de l'angle sphénique à l'anus.

Guérison rapide et complète.

La dilatation colique était certainement due à un rétré-

cissement congénital du segment colique, lequel n'était pas altéré dans sa structure.

OBSERVATION XLII (CONCETTI, obs. I, in DUVAL)

Petite fille de deux ans et demi. Depuis la naissance : Constipation et distension abdominale. Au deuxième jour de la vie le ventre se ballonne rapidement. Evacuation du méconium au 4^e jour. Dans la suite, l'intestin ne se vide que tous les 5 ou 6 jours et parfois 15 ou 16. Selles fétides contenant des scybales dures. Mouvements péristaltiques visibles. Sonde élastique introduite par l'anus montre qu'il n'y a pas de sténose. Mort après accentuation de la constipation et du ballonnement.

Autopsie. — Côlons ascendant et transversal très dilatés et épaissis. Côlons descendant et pelvien plus gros que les précédents. Aucun obstacle dans l'intestin.

Muqueuse porte de nombreuses ulcérations.

Muscularis mucosae très épaissis par des éléments conjonctifs. Séreuse amincie.

OBSERVATION XLIII (CONCETTI, obs. II, in DUVAL)

Garçon de 8 ans amené à la clinique parce qu'il n'est pas allé à la selle depuis un mois.

Méconium évacué le cinquième jour. Ventre dilaté progressivement, constipation persistante augmentant de plus en plus et ayant occasionné à 4 ans une crise d'obstruction.

Ventre énorme. Circonférence à l'ombilic, 69 cent. ; 75 à 10 cent. au-dessus.

Sous la paroi, mouvements péristaltiques visibles. La palpation révèle des matières fécales dans la partie ascendante du côlon.

L'état s'aggrave, douleurs violentes, vomissements continuels, cessant après une selle spontanée d'un litre, suivie en trois jours de plusieurs autres qui amènent 10 kilos de matières. Le ventre a diminué, et est plus souple. L'enfant est perdu de vue.

OBSERVATION XLIV (BASTIANELLI, communication orale à
M. CONCETTI, in DUVAL)

Autopsie pratiquée plusieurs années auparavant, d'une femme de 50 ans, morte à Rome.

Fut admise à l'hôpital avec un météorisme énorme.

Autopsie. — Côlon en entier énormément dilaté comme celui d'un bœuf.

Parois très épaissies (plus de 1 cent.) pas de sténose. L'intestin ne contient que des gaz. Muqueuse saine.

OBSERVATION XLV (WOOLMER, 1^{er} cas, Dr MASI, de
Buenos-Ayres, in DUVAL)

C. A..., 28 ans, constipé pendant les quatre dernières années. Au début, selles sanguinolentes, forme rubanée. Par le toucher rectal on fait le diagnostif de stercorome. Au bout de trois mois, amélioration par le traitement médical.

Les mêmes phénomènes s'étant représentés, on pense à tumeur maligne. Laparotomie. Gros intestin est trouvé sain du cœcum à l'anse sigmoïde. Dans le bassin, on trouve une anse intestinale dilatée ayant la forme et les dimensions de l'estomac.

Après extériorisation, on vide cette anse qui n'est autre que le côlon pelvien très dilaté. L'évacuation par l'anus ne pouvait se faire qu'après la réplétion totale de cette anse par action de la portion sus-jacente du côlon.

Le méso-côlon contenait des veines très dilatées qui indiquaient l'obstruction de la circulation et expliquaient les hémorragies des derniers mois.

On fit la colopexie. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XLVI (WOOLMER, 2^e cas personnel, in DUVAL)

T. S..., 42 ans, souffre depuis dix ans de constipation, aggravée depuis un an. Crises fréquentes d'obstruction sans vomissements fécaloïdes. Dans l'hypocondre droit, tumeur globuleuse, régulière, indolore et résistante, atteinte par le toucher rectal. Traitement médical insuffisant.

Laparotomie. Apparition du côlon pelvien très distendu. Bassin occupé par une large tumeur qu'on mobilise par traction sur le côlon. Péritoine normal.

Colopexie haute au centre de l'incision abdominale.

Dislocation de la tumeur fécale. Guérison.

OBSERVATION XLVII (FITZ, obs. I, in DUVAL)

Jeune fille de 14 ans, soignée pour gonflement de l'abdomen, constipée toute sa vie, le développement de l'abdomen commença à l'âge de 2 ans.

Circonférence abdominale, 31 pouces. Tympanisme partout, sauf dans la fosse iliaque droite où il y avait une matité diffuse. Péristaltisme.

Selles normales grâce à des purgatifs, mais non accompagnées de la diminution du volume du ventre.

L'injection de cinq pintes d'eau produisit de la matité dans la moitié gauche de l'abdomen. Restait un mois à l'hôpital sans amélioration.

Les essais de précision dans le diagnostic n'avaient pas abouti.

OBSERVATION XLVIII (Fitz, obs. II, in DUVAL)

Min..., 37 ans, sujette depuis l'âge de 15 ans à des attaques périodiques de faiblesse sans cause, se reproduisant 2 à 3 fois par an. Abdomen a commencé à grossir depuis un an à la suite d'une de ces crises. Constipation durant déjà depuis plusieurs années.

Abdomen tendu, dur, tympanique ; au niveau de l'ombilic : circonférence, 33 pouces. Pas d'échappement de gaz par le tube rectal introduit.

Le Dr Porter fait une laparotomie médiane. Dilatation considérable du colon pelvien. Pas de coarctation de l'anse ni d'accumulation fécale. Ablation de l'appendice. Pas de résultat durable. Six mois après, M. Richardson, pratique une nouvelle laparotomie suivie de la résection du côlon pelvien.

Convalescence parfaite et sortie de la malade.

OBSERVATION XLIX (Obs. de HARRINGTON (de Boston)
rapportée par FITZ, in DUVAL)

Homme de 40 ans. Constipation et distension abdominale depuis l'enfance.

A 20 ans a eu affection aiguë ressemblant à une occlusion intestinale. Ponction intestinale au trocart, évacuation de gaz, affaissement du ventre, et rétablissement de la défécation.

De 20 à 40 ans, 6 attaques semblables. Entre à l'hôpital pour la dernière. Abdomen distendu, tympanisme généralisé. Laparotomie médiane.

Flexure sigmoïde très dilatée, s'étendant du pubis à l'appendice xiphoïde, elle fut ponctionnée et une très grande quantité de gaz et de matières fut évacuée. Résection de l'anse colique. Mort par péritonite subaiguë. La colorraphie était bien faite, les sutures n'avaient pas lâché.

OBSERVATION L (GRIFFITHS, in DUVAL)

Enfant de 3 ans. Toujours constipé depuis la naissance. Distension abdominale a augmenté graduellement. Vient à l'hôpital en état d'obstruction. Abdomen énormément dilaté, tympanisme généralisé. Circonférence à l'ombilic : 63,5 cent. Péristaltisme. Traitement médical impuissant.

Colostomie inguinale. Le côlon est ouvert près du cœcum ; liquide et gaz s'échappent. L'enfant meurt cinq jours après.

Autopsie. — Pas de stricture sur le gros intestin, rétrécissement de l'iléon long de 25 centimètres au-dessus du cœcum. Etat du côlon pas noté.

OBSERVATION LI (SOLTAU FENWICK, in DUVAL)

Enfant d'un an et 5 mois, entré à l'hôpital pour distension abdominale et constipation.

Constipé depuis sa naissance, distension commencée à l'âge de 9 mois. Vomissements de temps à autre.

Abdomen très distendu, globuleux. Pas de tumeur à la palpation, tympanisme généralisé. Mouvements péristaltiques visibles. Mort.

Autopsie. — Côlon transverse, circonf. : 14 pouces 1/2.

Côlon pelvien » 12 pouces 1/4.

Côlon descendant totalement adhérent en arrière. Le côlon ascendant est dilaté et adhérent à la région lombaire. Le cœcum est de la grosseur d'une petite orange. Intestin grêle presque totalement aplati.

Petits ulcères ronds sur la muqueuse.

Examen microscopique. — Hypertrophie des couches musculaires longitudinale et circulaire.

OBSERVATION LII (NEUGEBAUER, obs. I)

Enfant de 9 mois. Constipé et distendu dès naissance. Vomissements. Diagnostic. Mégacôlon.

Traitement : Introduction de sonde dans rectum. Mort d'obstruction.

Autopsie. — Anse sigmoïde dilatée et allongée. Côlon transverse dilaté. Hypertrophié. Estomac repoussé vers colonne vertébrale. Pas de sténose.

OBSERVATION LIII (NEUGEBAUER, obs. II)

Malade de 12 ans. Ventre très distendu. Constipé depuis la naissance. Crises douloureuses depuis un an. *Diagnostic* : Mégacôlon. *Traitement* : Anastomose transverso-rectale. Guérison. *Anatomie pathologique* : Volume de l'anse sigmoïde égale celui d'une cuisse d'adulte. Sèreuse épaissie. Parois hypertrophiées. Côlon transverse distendu, le descendant est allongé mais pas dilaté.

OBSERVATION LIV (JOHANNESSEN, obs. I)

Enfant d'un an et demi. Le lendemain de la naissance, l'abdomen s'élargit et se tendit. Dilatation de l'anus, amélioration. Constipation chronique malgré le traitement médical. Mort.

Autopsie. — Dilatation considérable de tout le colon, épaississement de toute la paroi.

Au microscope : Couche musculaire très épaissie.

OBSERVATION LV (JOHANNESSEN, obs. II)

Enfant de 14 mois. Paresse intestinale depuis la nais-

sance. Circonférence abdominale à l'ombilic, 72 centimètres.

Massage abdominal ; électrisation de l'intestin, atrophie à l'intérieur, amélioration rapide. Circonférence abdominale : 60 centimètres.

OBSERVATION LVI (JOHANNESSEN, obs. III)

Enfant de deux ans et demi. Né avant terme avec un gros ventre. A l'âge de huit jours, entérite suivie de paresse intestinale ; selles rares.

Etat actuel : Abdomen très volumineux, tympanisme. Présence de masses dures dans le côlon descendant. Indicanurie.

Traitement : Massage, extrait de malt. Au bout d'un mois, circonférence abdominale, 60 centimètres. Rectum rempli de matières dures.

OBSERVATION LVII (RICHARDSON, de Boston, in DUVAL)

Malade ayant l'abdomen dilaté. Tympanisme.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Laparotomie sus-pubienne. Grande dilatation de l'anse sigmoïde. Colectomie, suture du côlon descendant au côlon pré-sacré.

Guérison apparente.

Quelques mois plus tard, récidence. Deuxième laparotomie. Dans la partie inférieure de l'abdomen, anse large, dilatée, adhérente. Destruction des adhérences simplement.

Deux mois plus tard, troisième laparotomie. Une nouvelle anse dilatée est apparue et a pris la place de la première. Colopexie. Constipation et douleurs persistent.

Quatrième laparotomie, nouvelle colectomie. Pas de sténose du côté du rectum. La totalité du gros intestin est dilatée.

Les douleurs et la constipation persistent.

OBSERVATION LVIII (SYERS)

Homme de 59 ans. Souffre depuis plusieurs mois de constipation et distension abdominale. Bien portant auparavant.

Tympanisme généralisé, mouvements péristaltiques visibles.

Rectum très dilaté. Pas de vomissements. Traitement médical échoue. Le malade part et revient un mois plus tard avec des symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie. Dilatation considérable de tout le côlon. Pas de sténose. Colostomie. Mort le jour suivant d'adynamie.

OBSERVATION LIX (LE ROY DES BARRES)

Petit garçon apporté mourant à l'hôpital avec énorme ballonnement du ventre.

Autopsie. — Trois sacs, deux volumineux latéraux, un médian n'occupant que la partie inférieure de l'abdomen. Sous-latéraux, verticaux et presque parallèles. Se continuent en haut par un angle aigu et s'écartent en bas pour loger le sac médian qui est la vessie. C'est le côlon pelvien qui est dilaté, son méso atteint 20 centimètres à sa partie moyenne. Anse dilatée : longueur 55 centimètres, capacité : 3 litres, remplie de matières fécales. Péritoine peu épaissi, couche circulaire très hypertrophiée. Muqueuse et sous-muqueuse épaissies.

OBSERVATION LX (ROUX DE BRIGNOLLES)

Femme de 50 ans, entre à l'hôpital pour constipation opiniâtre avec ses conséquences. Constipée depuis l'enfance.

Traitement médical sans résultat.

Phénomènes d'étranglement. Météorisme, pouls petit, vomissements bilieux. Douleurs. Hoquet fréquent.

Laparotomie. Le côlon occupe toute la cavité abdominale. Parois intestinales épaissies. Au niveau de l'anse oméga, intestin tordu sur son axe.

Introduction de la sonde rectale. Echappement de gaz et de matières, dégonflement du côlon. Colopexie tout près du point de torsion, et au-dessous de l'angle du transverse et du descendant. Guérison. Selles normales. Emploi prolongé de courants continus et de massages. Résultat définitif satisfaisant.

OBSERVATION LXI (GOUREVITCH)

Enfant de 15 mois. Constipation et distension abdominale depuis la naissance. Légères douleurs abdominales. Tympanisme.

Diagnostic : Megacolon. Colotomie. Colopexie suivie de colostomie. Mort de péritonite ?

Autopsie. — Muqueuse rouge ecchymotique. Hypertrophie des fibres musculaires du cœcum du côlon et de la partie inférieure de l'iléon.

OBSERVATION LXII (FRIEDHEIM)

Enfant de 7 ans. Entré à l'hôpital pour ileus avec œdème généralisé.

Symptômes. — Constipation opiniâtre depuis la nais-

sance. A 3 ans, distension abdominale et signes d'ileus. Nouvelle crise avec ascite, œdème du foie, de la peau de l'abdomen, du dos, du scrotum, du penis et des extrémités. Oligurie. Diagnostic : Mégacolon. Colopexie. Guérison.

OBSERVATION LXIII (HAUSHALTER)

Enfant de 11 mois, mort à l'hôpital de tuberculose miliaire. Développement considérable de la région sus-ombilicale de l'abdomen.

Autopsie. — Enorme dilatation du colon transverse qui mesurait 5 centimètres de diamètre et recouvrait totalement l'estomac. Côlon ascendant offre des flexions anormales, le descendant décrit aussi quelques flexuosités mais moins marquées que sur le colon ascendant.

Plicature assez brusque à l'union des colons ascendant et descendant avec le transverse.

Le côlon ascendant est complètement enveloppé par le péritoine qui forme un large méso qui, peut-être, expliquerait la mobilité du côlon et ses flexuosités.

Parois très épaissies dans la portion dilatée.

OBSERVATION LXIV (OULMONT, rapportée par CHEINISSE)

Ancien militaire qui présente une première fois des troubles intestinaux graves, météorisme, constipation, grand ballonnement. Cinq ans après, récurrence. Mort.

Autopsie. — Dilatation de tout le tube digestif et de l'estomac, mais surtout du côlon descendant qui est rempli de matières. Tuniques intestinales hypertrophiées. L'obstruction siégeait à la partie supérieure du rectum et était formée par la torsion de la partie inférieure de l'anse sigmoïde entraînée par le côlon distendu.

OBSERVATION LXV (M. P. HILBERT)

Femme de 66 ans. Enorme ballonnement, constipation opiniâtre. Rectum plein de matières. Amélioration par lavages de l'intestin. Rechutes successives. Mort.

A l'autopsie, gros intestin dilaté et hypertrophié dans toute son étendue. Pas de sténose.

OBSERVATION LXVI (PERTHES)

Jeune homme de 15 ans. Depuis la naissance n'a jamais eu de selles sans recourir à des lavements. Méconium évacué le 17^e jour. Ventre très ballonné. Péristaltisme. Pointe du cœur bat dans le troisième espace intercostal. On peut injecter par le rectum de grandes quantités de liquide, mais elles ressortent difficilement, ce qui semble indiquer un obstacle au niveau de l'S iliaque.

Laparotomie. Création d'un anus iliaque qui donne issue à 22 livres de matières environ. L'obstacle est dû à un repli valvulaire situé dans la portion inférieure de l'S iliaque et fonctionnant dans le sens centripète seulement, car un lavement administré par le rectum ressort par l'anus artificiel, mais inversement de l'eau injectée par ce dernier orifice ne pénètre pas dans le rectum.

Quatre laparotomies furent nécessaires pour parvenir à lever l'obstacle par une série d'anastomoses et de résections intestinales. Finalement, fermeture de l'anus iliaque. Le malade est tout à fait guéri, il a une selle spontanée tous les matins, la pointe du cœur bat dans le cinquième espace, l'aspect du ventre est normal.

OBSERVATION LXVII (BORELIUS, de Lund)

Garçonnet de 4 ans. Distension et hypertrophie du colon

sigmoïde sans obstacle quelconque. Anastomose latérale entre les bouts supérieur et inférieur de l'anse dilatée. Un mois plus tard, occlusion.

Résection du côlon sigmoïde. Etat du malade satisfaisant pendant deux ans. Depuis rechute.

OBSERVATION LXVIII (MULBERGER)

Enfant de 13 ans. Entré pour tumeur abdominale.

Constipé depuis naissance. Distension, tumeur abdominale, matité. Foie repoussé en haut. Indican dans les urines. Sort guéri de l'hôpital, trois semaines après. Constipation, vomissements. Pouls à 120. Fièvre, ictère. Mort par colite ulcéreuse. Diagnostic : Tumeur fécale causée par mégacolon. Traitement médical : Amélioration pendant trois semaines.

Autopsie. — Côlon dilaté recouvrant l'intestin grêle. Coudure, musculaire hypertrophiée. Muqueuse rougeâtre et grisâtre par places. Appendicé participe au processus.

OBSERVATION LXIX (STIRNIMANN)

Enfant de 3 mois et demi. Constipation depuis la naissance. Distension abdominale surtout à gauche, s'atténuant après évacuation. Pouls rapide. Respiration accélérée. Mort d'obstruction. Diagnostic : Mégacolon.

Traitement : Sonde ; lavements seuls efficaces.

Autopsie. — Colon contenant 17.000 centimètres cubes au lieu de 150. S iliaque surtout dilatée. Megacolon long.

OBSERVATION LXX (ST-MARTIN)

Malade constipée depuis naissance. Famille de 19 en-

fants dont plusieurs ont des antécédents abdominaux. Ballonnement progressif. Diagnostics nombreux et variés. Intervention pour kyste de l'ovaire. Tumeur fécale siégeant dans l'anse sigmoïde dont les parois sont très hypertrophiées.

Evacuation de la tumeur par malaxage.

A la suite grands lavages intestinaux. Amélioration.

OBSERVATION LXXI (CADET)

Fille de 17 ans. Gros ventre depuis l'âge de 17 mois. Constipation opiniâtre, une selle tous les quinze jours en moyenne. Etat général bon. Abdomen très gros. Tympanisme. Péristaltisme. Le toucher rectal révèle une tumeur dans le petit bassin. *Diagnostic* : Stercorome et dilatation du gros intestin.

Inefficacité des lavements et purgatifs. Ablation de la tumeur par les voies naturelles sous l'anesthésie.

OBSERVATION LXXII (POZZI)

Jeune homme de 17 ans. Méconium évacué le troisième jour. Constipé depuis l'enfance. Jusqu'à ce jour trois crises d'obstruction. Entré à l'hôpital pour tumeur abdominale. Les purgatifs et les lavements restent sans effet.

Diagnostic : Kyste de nature indéterminée.

Traitement : Laparotomie xypho-ombilicale. Gros intestin, ectasié dans la région située un peu au-dessus de l'ampoule rectale et atteignant la partie inférieure de l'S iliaque.

Colotomie, extirpation d'un fécalome de 700 grammes. Rectoplication. Guérison sans incidents ; mais intestin toujours paresseux. On électrise la paroi intestinale. Amélioration rapide.

OBSERVATION LXXIII (W. F. BROOK)

June fille de 21 ans présentant dans le bas-ventre un peu à gauche de la ligne médiane une grosse tumeur dure, globuleuse, mobile, mate à la percussion et paraissant avoir pris naissance dans le bassin.

Diagnostic : Tumeur solide de l'ovaire.

Traitement. — Laparotomie. Côlon très dilaté et très épaissi, surtout au niveau de l'anse sigmoïde qui contenait un stercorome de 600 grammes. Colotomie, extraction de la masse fécale. Colonoplication. Guérison sans incident.

OBSERVATION LXXIV (PLUYETTE, 1^{er} cas)

Jeune fille de 19 ans. Constipation chronique. Depuis un an, augmentation de volume du ventre. Entre à l'hôpital pour rétention stercorale. Tympanisme. Traitement médical sans effet.

Laparotomie. Hypertrophie de tout le gros intestin. Résection de 45 centimètres du côlon et entérorraphie circulaire. Mort.

OBSERVATION LXXV (PLUYETTE, 2^e cas)

Homme de 67 ans. Entré à l'hôpital avec symptômes d'occlusion intestinale. Après sept jours d'observation, les symptômes généraux restant bons, on pense à une pseudo-occlusion.

Laparotomie : Deux énormes anses intestinales sont accolées l'une à l'autre et semblent occuper tout le ventre. Il s'agit du côlon.

La dilatation occupait surtout le côlon descendant, mais aussi le transverse et l'ascendant. Pas de sténose. Mort au bout de treize jours.

Autopsie. — Tout le côlon était dilaté et hypertrophié.

OBSERVATION LXXVI (BING, 1^{er} cas)

Enfant de 10 mois. Au 3^e mois, constipation et météorisme. Amaigrissement.

Diagnostic : Mégacolon. Traitement médical. Mort d'obstruction.

Autopsie. — Côlon transverse distendu, les autres portions le sont moins. Hypertrophie des parois du côlon et de la partie inférieure du grêle. Muqueuse hyperhémée. Examen microscopique : Musculeuse hypertrophiée, surtout les fibres circulaires. Les faisceaux longitudinaux contiennent des fibres conjonctives.

OBSERVATION LXXVII (BING, 2^e cas)

Enfant de cinq semaines. Symptômes. Dès naissance, gros ventre. Selles rares. Dans la partie inférieure de l'abdomen, deux tumeurs se rencontrent sous un angle droit. Elles sont formées par le côlon transverse et ascendant. Pouls faible rapide.

Diagnostic : Megacolon. Traitement : Lavement.

Autopsie : Côlon très dilaté, couvre le foie qui est repoussé. Ulcérations.

OBSERVATION LXXVIII (ROTH, 1^{er} cas)

Malade de 17 ans. Constipé et distendu depuis naissance. Vomissements, douleurs abdominales. Parfois un mois sans selles. Diagnostic : Mégacolon. Traitement : Lavements huileux, amélioration sensible. Colectomie en deux temps, guérison.

OBSERVATION LXXIX (Roth, 2^e cas)

Enfant de 3 ans. Constipation durant cinq et six semaines. Distension abdominale. Tympanisme. Anse intestinale visible occupant les trois quarts du ventre. Cyanose. Diagnostic : Mégacolon.

Traitement : Purgatif et surtout lavements efficaces.

Laparotomie exploratrice, l'état du malade empêcha de pratiquer la colectomie et l'entéro-anastomose. Mort subite.

Autopsie. — Côlon transverse distendu. Sac énorme rempli de matières. Coudure en forme d'S.

OBSERVATION LXXX (ESCHERICH)

Enfant de trois ans et demi. Ventre volumineux dès la naissance. Vomissements fécaloïdes. Constipation. Douleurs abdominales. Péristaltisme.

Chaque selle amène soulagement. Diagnostic : Mégacolon. Les rayons X montrent une dilatation considérable du colon transverse ; anse sigmoïde longue et distendue. Foie et estomac refoulés. Traitement médical. Autopsie confirme résultats des rayons X. Circonférence du côlon : 16 centimètres.

OBSERVATION LXXXI (BITTORF)

Enfant de 15 semaines. Constipation, ventre volumineux. Tumeur dans l'hypocondre droit. Foie repoussé. Selles font diminuer tumeur. Diagnostic. Traitement médical. Mort de méningite.

Autopsie. — Hypertrophie et dilatation de l'anse sigmoïde. Etranglement à son extrémité inférieure.

OBSERVATION LXXXII (BLANC et CHARLOT)

Femme de 25 ans. Bonne santé jusqu'à 19 ans. Depuis, constipation opiniâtre et douleurs intermittentes. Amélioration par purgatifs et lavements.

Tumeur dure et douloureuse dans la fosse iliale droite. En même temps grossesse au début. Rectum vide.

Diagnostic : hydro-ou hémato-salpinx ?

Laparotomie sous-ombilicale. Apparition du gros intestin dont la portion pelvienne est dilatée et épaissie. Colotomie, énucléation d'une tumeur fécale de 350 grammes. Suture de l'intestin et de la paroi. Amélioration.

Récidive au bout d'un an. Amélioration par le traitement médical.

OBSERVATION LXXXIII (HUE)

Enfant de 5 ans. Entre pour signes d'occlusion intestinale. Ballonnement énorme. Amaigrissement, vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Cyanose, respiration anxieuse. Pouls introuvable. Température 36°. Extrémités froides. Antécédents. Né avant terme (7 mois). Constipé depuis naissance. Douleurs abdominales surtout depuis 15 jours.

Diagnostic : Invagination chronique.

Traitement : Lavements inefficaces. Laparotomie, exploration et évacuation digitale du rectum par l'anus. Amélioration. Mort 9 jours après l'opération. Anat. path. : Dilatation énorme de l'anse sigmoïde et du rectum. Pas de sténose.

Autopsie : Dilatation de l'estomac, du duodénum et des premiers centimètres du grêle. Parois hypertrophiées.

OBSERVATION LXXXIV (HAWKINS, 1^{er} cas)

Enfant de 3 semaines. Né avant terme. Alternatives de diarrhée et constipation. Vomissements, météorisme. Diagnostic : Malformation à l'union du côlon et du rectum. Traitement : Laparotomie exploratrice. Mort 2 jours après de broncho-pneumonie.

Distension considérable des côlons ascendant et transverse.

OBSERVATION LXXXV (HAWKINS, 2^e cas)

Malade de 12 ans. Depuis naissance, constipation et diarrhée. Distension abdominale. Péristaltisme. Diagnostic : Mégacôlon. Traitement : Colostomie. Mort.

Autopsie. — Anse sigmoïde, côlon descendant et transverse distendus et hypertrophiés.

OBSERVATION LXXXVI (HAWKINS, 3^e cas)

Enfant de 10 mois. Depuis naissance, constipation et météorisme, anses intestinales visibles. Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement médical. Mort d'obstruction. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LXXXVII (HAWKINS, 4^e cas)

Enfant de 7 ans. Entre pour fracture des côtes. Symptômes : distension abdominale et constipation. Tumeur dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Organes thoraciques repoussés. Diagnostic : Mégacolon. Traitement : Entero-anastomose. Anatomie pathologique : Côlon très distendu surtout dans la partie pelvienne.

OBSERVATION LXXXVIII (HAWKINS, 5^e cas)

Enfant de 5 ans. Distension intermittente accompagnée de vomissements. Selles normales, pouls à 128. Faiblesse extrême. Diagnostic : Obstruction intestinale. Laparotomie exploratrice. Amélioration. Enfant perdu de vue. Côlons ascendant et pelvien dilatés.

OBSERVATION LXXXIX (FLETCHER et ROBINSON)

Malade de 12 ans. Constipé et distendu depuis la naissance. Douleurs en allant à la selle. Péristaltisme. Diagnostic : Mégacôlon. Traitement : lavements inefficaces. Laparotomie exploratrice puis traitement médical. Mort d'obstruction.

Autopsie : Côlon pelvien très dilaté formant tumeur. Côlons descendant et transverse dilatés. Pas de sténose.

OBSERVATION XC (GUINON et REUBSAËT)

Malade de 3 ans 1/2. Mené à l'hôpital pour constipation et ballonnement ayant débuté il y a un an.

Exploration manuelle provoque des mouvements péristaltiques, sonde et lavements. Le ventre s'affaisse puis reprend très vite son volume normal. Etat général bon.

L'examen aux rayons X montre un développement énorme du côlon et le refoulement considérable du diaphragme par la distension intestinale.

OBSERVATION XCI (SKELDING)

Malade de 9 ans. Constipation et distension abdominale. Abdomen dur, proéminent, 26 pouces à l'ombilic. Mouvements péristaltiques visibles. Amélioration par le traite-

ment médical. Plus tard, laparotomie. Côlon transverse très dilaté. Intestin grêle, cœcum et colon flasques et rétrécis. Rétrécissement au niveau de l'angle droit ; au-dessus duquel le côlon transverse était très dilaté. Syncope pendant l'opération. On évacue simplement le contenu du côlon transverse. Amélioration durable.

OBSERVATION XCII (SCHREIBER, de Königsberg, obs.
rapportée par RAULIN)

Jeune fille de 20 ans. Depuis plusieurs années, constipation opiniâtre, rétention et expulsion intermittente de gaz, météorisme, péristaltisme. Examen aux rayons X, diaphanoscopie, rectomanoscopie permirent de porter le diagnostic de Mégacôlon. Traitement médical : opium. Depuis, selles quotidiennes et spontanées, ballonnement disparaît. Guérison.

OBSERVATION XCIII (Ito et SOYESIMA)

Garçon de 14 ans, atteint depuis la naissance d'incontinence fécale surtout nocturne. Gros ventre, tumeur dans la moitié gauche de l'abdomen. Rectum plein de matières.

Injection rectale sans résultat ; évacuation de l'intestin par la pression bimanuelle. Six jours après la tumeur ayant reparu, laparotomie : Dilatation du côlon descendant et de l'S iliaque, on anastomose la partie terminale de l'iléon à l'origine du rectum et au-dessus sur une hauteur de 20 centimètres, le côlon trop large fut plissé en long, de manière à en réduire le calibre de moitié.

Suites négatives. Deuxième laparotomie : section de l'iléon entre la zone anastomosée et le cœcum, fermeture et abandon des deux bouts dans le ventre. Guérison.

OBSERVATION XCIV (SCHWARTZ)

Homme de 39 ans. A la suite d'un traumatisme thoraco-abdominal, phlegmon diffus de la région lombaire causé par la rupture du colon transverse. Drainage, guérison. Trois ans après, accidents d'occlusion intestinale. Cœcostomie. Un an après, laparotomie pour oblitérer l'anus cœcal : Colon transverse de dimensions colossales. Pas de sténose sur le côlon descendant. M. Schwartz pense qu'il s'agit d'un mégacôlon probablement congénital. Coloplicature, colopexie. Guérison du malade sauf toutefois qu'il présente une fistulette qui ne le gêne guère.

OBSERVATION XCV (SCHNITZLER)

Enfant de trois ans constipé depuis la naissance. Ballonnement considérable du ventre. A trois reprises, accidents d'occlusion intestinale.

Laparotomie. — S iliaque énormément dilaté sans lésion anatomique capable d'expliquer cette dilatation. Résection de l'anse dilatée, anus contre nature temporaire bientôt fermé. Guérison complète.

OBSERVATION XCVI (SCHUCMANN)

Homme de 68 ans. Admis à l'hôpital pour troubles mentaux. Constipation, ventre tendu et ballonné, tympanisme. Lavements inefficaces.

Diagnostic. — Occlusion intestinale complète.

Traitement. — Colostomie. Mort subite à la suite de l'opération.

Autopsie. — Presque tout le ventre était occupé par une anse intestinale très dilatée, flexure de l'anse sigmoïde. Foie, diaphragme, cœur, poumons, intestin grêle, esto-

mac déplacés. Rectum un peu dilaté. Pas de sténose. Dans le sac, matières fécales et beaucoup de noyaux de cerise

OBSERVATION XCVII (MONGES)

Femme de 30 ans. Constipation opiniâtre depuis l'enfance.

Après son entrée, symptômes d'occlusion intestinale, pas de vomissements, état général satisfaisant.

Sonde rectale donne une débâcle. Puis la maladie fait des progrès et la mort survient au milieu de symptômes péritonieux.

Autopsie. — Enorme dilatation du côlon et surtout du transverse qui présente 12 cent. de diamètre, le colon transverse s'infléchit en bas et à droite dans la fosse iliaque, de là il remonte en ligne droite presque vers la rate et se continue avec le descendant en faisant un angle aigu au niveau duquel il est comme étranglé. Les parois du côlon sont épaissies. De plus la muqueuse de l'anse qui plonge dans la fosse iliaque droite présente des ulcérations.

Le foie est du type transverse, le lobe gauche est très étendu, il arrive dans l'hypocondre gauche et recouvre complètement la face extrême de la rate.

OBSERVATION XCVIII (TUFFIER, obs. I)

Jeune fille de 20 ans. Tumeur abdominale depuis sept ans avec accroissement progressif. Constipation datant de la naissance. Jamais de vomissements ni d'autres signes d'occlusion. Distension du ventre surtout marquée depuis sept ans. Indicanurie. Tumeur mate, indolore, dure, mobile, du volume d'une tête de fœtus, indispandante de l'utérus, dépressible.

Diagnostic. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

Traitement. — Laparotomie. Le colon pelvien est dilaté et hypertrophié. Entérotomie, extraction d'un fécalome pesant 1 kilo 455. Coloplicature. Guérison.

Un mois après, crises intestinales douloureuses.

Deuxième laparotomie : Entéro-anastomose entre le colon descendant et le rectum, puis exclusion partielle de l'anse malade par rétrécissement. Guérison parfaite.

OBSERVATION XCIX (TUFFIER, obs. II)

Homme de 58 ans. Constipé depuis la naissance, accidents intermittents d'occlusion aiguë surtout marqués depuis cinq mois.

Crise aiguë : Abdomen énorme, pouls petit, membres froids. Laparotomie : anus contre nature, l'intestin était noirâtre. Mort. Colon pelvien très dilaté, tordu sur son axe, il y avait un véritable volvulus de l'anse sigmoïde.

OBSERVATION C (FABRE DE PARREL)

Homme de 26 ans. Constipé depuis l'enfance.

Crises douloureuses de coliques fréquentes au cours desquelles la défécation ne se fait pas. Traitement médical amène une débâcle.

Au moment de son entrée à l'hôpital, ventre proéminent. A la palpation, on sent une tumeur qui paraît remplir toute la cavité abdominale ; matité. Diagnostic : Tumeur de l'épiploon. Laparotomie sous-ombilicale ; colon hypertrophié contenant une grosse masse fécale du poids de 3 kilos. Colectomie au niveau de la tumeur. Fermeture des deux bouts coliques par des sutures en bourse, abouchement latéro-latéral large. Guérison parfaite.

OBSERVATION CI (CERNÉ)

X..., âgée de 20 ans, constipée depuis l'enfance, selles rares (jusqu'à un mois d'intervalle). Traitement médical inefficace. Opération : Colostomie provisoire ne donne pas un résultat suffisant. Péritonite au bout de deux jours. Mort.

Autopsie. — S iliaque dilaté et rempli de matières. Parois hypertrophiées. Le sommet de l'S iliaque forme un coude arrondi en dehors, mais constituant en dedant un éperon, ulcère. Deuxième dilatation au-dessus de cet éperon. Rectum vide et perméable.

OBSERVATION CII (BUREAU)

Jeune homme 19 ans. Constipé depuis l'enfance, en même temps distension abdominale accrue progressivement et diminuant un peu après les évacuations. Crises d'obstruction très fréquentes.

A l'examen, ventre tympanisé, mouvements péristaltiques visibles. Diagnostic : Rétrécissement congénital du côlon. Laparotomie. Côlon descendant très distendu et hypertrophié occupant tout le flanc gauche et se continuant dans l'hypocondre. A l'union du côlon descendant et du colon pelvien existe un point rétracté comme cicatriciel, mais au-dessous de ce point le côlon est aussi dilaté et hypertrophié.

Rectum hypertrophié dans sa partie supérieure. Établissement d'une anastomose latérale entre le côlon descendant au-dessus de l'obstacle et la partie supérieure du rectum et fixation du colon descendant à la partie supérieure de la plaie.

Amélioration. L'intestin conserve toujours une certaine paresse.

OBSERVATION CII (BILLARD, in GAUJOUX)

Enfant de 6 jours. Dilatation énorme du côlon. Diarrhée terminale abondante. Ictère. Mort.

Autopsie. — Muqueuse colique très ulcérée. Epaississement de toute la longueur du côlon dilaté, siégeant surtout sur la couche sous-muqueuse.

OBSERVATION CIV (EBERS, in GAUJOUX)

Garçon de 17 ans. Constipation chronique avec accès de coliques. Mort avec symptômes iléiformes et distension abdominale.

Autopsie. — Côlons et rectum dilatés. Pas de sténose.

OBSERVATION CV (JACOBI, in GAUJOUX)

Malade présentant une dilatation de l'abdomen. Constipation chronique alternant avec diarrhée. Mort par colite ulcéreuse.

Autopsie. — Dilatation du colon, hypertrophie et allongement surtout dans la région de l'S iliaque. Pas de sténose.

OBSERVATION CV (JACOBI, in GAUJOUX)

Malade présentant une dilatation de l'abdomen. Constipation chronique alternant avec diarrhée. Mort par colite ulcéreuse.

Autopsie. — Dilatation du côlon, hypertrophie et allongement surtout dans la région de l'S iliaque. Pas de sténose.

OBSERVATION CVI (PFISTERER, in GAUJOUX)

Enfant âgé de cinq semaines. Constipation opiniâtre. Dilatation du côlon évidente. Abdomen énorme très tendu. On est amené à faire un anus artificiel. Mort.

Autopsie. — Côlon très distendu. On trouve une coudure de l'S iliaque vers le rectum avec un angle ouvert en avant. Si on pressait sur le segment du gros intestin au-dessus de la coudure, l'S iliaque se remplissait, venait se presser contre le bassin et se coudait encore davantage avec le rectum. Si on tirait en haut l'S iliaque, le contenu de l'intestin se vidait facilement par l'anus.

OBSERVATION CVII (GAUJOUX)

Enfant de 10 mois. Evacuation pénible du méconium. Peu à peu, espacement des selles. Quand la constipation est trop ancienne, vomissements.

Traitement médical. Le ventre grossit peu à peu, devient énorme. Diarrhée profuse. Mort.

Autopsie. — Côlon très dilaté (7 cent. 5 de diamètre), parois très épaissies. S iliaque de calibre normal, mais très allongé (0 m. 40) et plusieurs fois replié sur lui-même. Ulcérations de la muqueuse. Pas de sténose.

Au microscope : Colite folliculaire subaiguë, hypertrophie des parois et infiltration leucocytaire.

OBSERVATION CVIII (BESSEL-HAGEN)

Garçonnet de six ans. Constipée depuis la naissance. Radiographie à la sonde de Kuhn. Dilatation de l'anse oméga. Laparotomie. Anse omega remplissant aux trois-quarts l'abdomen, parois très hypertrophiées, disposition spéciale de l'anse en volvulus. Résection de l'anse mala-

de après extériorisation. Dans un troisième temps, fermeture de l'anūs. Guérison sans complications.

OBSERVATION CIX (F. VILLARD, de Bordeaux,
in CHASSAGNARD)

René S..., 16 ans et demi, entre à l'hôpital Saint-André avec des phénomènes d'occlusion intestinale.

A toujours été constipé, le ventre a toujours été gros. Il y a deux ans, douleurs abdominales violentes avec ballonnement plus marqué. Un chirurgien fait une laparotomie et une ponction intestinale : évacuation d'une grande quantité de gaz. Amélioration pendant un an (régime alimentaire spécial). Puis réapparition de la constipation.

Etat actuel. — Facies tiré, pouls rapide. Douleurs abdominales généralisées, mais plus accentuées au niveau du flanc gauche. Ventre énorme. Sonorité exagérée partout. Absence de matières et de gaz. Pas de vomissements.

Diagnostic. — Occlusion intestinale par torsion ou par bride.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Intestin très dilaté. Intestin grêle normal. La dilatation commençait au cœcum et s'étendait jusqu'à l'union du côlon ilio-pelvien avec le rectum.

Dans la portion ilio-pelvienne il existait une véritable poche au niveau de laquelle le mésocolon était très allongé. Pas de sténose d'aucune sorte.

Extériorisation d'une anse colo-sigmoïde d'une longueur de 50 centimètres, ponction et ouverture de cette anse, évacuation de gaz et de matières liquides. Suture de la paroi abdominale.

Quatre jours après, résection de l'anse extériorisée et fixation à la peau des deux bouts d'intestin. Amélioration. M. Villard se propose de réséquer prochainement l'anūs

contre nature et de réunir les deux bouts par une entérorraphie circulaire.

Examen de la portion d'intestin réséquée. — Paroi épaissie au point que par endroits l'épaisseur atteint un centimètre avec une moyenne de 6 à 7 millimètres, de plus, elle est très congestionnée. Muqueuse bien conservée. La muscularis mucosæ a sa structure normale. Sous-muqueuse constituée par un tissu fibreux dense dont les vaisseaux sont gorgés de sang.

Séreuse congestionnée, doublée de volume, infiltrée de lymphocytes, de cellules conjectives jeunes, de leucocytes polynucléés. Dans toute l'épaisseur de l'intestin, on note des phénomènes de périvascularité.

OBSERVATION CX (HARTMANN)

Fillette de 5 ans, née avec six doigts (un pouce surnuméraire). A toujours souffert de l'intestin. Expulsion difficile du méconium. Depuis, jamais de selle spontanée, la malade a toujours pris des lavements. Pendant les deux premières années, état général mauvais, depuis, s'est assez bien développée. A 3 ans, constipation opiniâtre, ballonnement, six mois plus tard constatation près de l'ombilic d'une masse indurée qui fit penser à une plaque de péritonite tuberculeuse, mais qui diminua et changea d'aspect. Lavements sont souvent péniblement évacués. Un jour douleurs violentes suivies d'une évacuation énorme de matières ; amélioration consécutive, puis les accidents recommencèrent. Ondes péristaltiques visibles. Ampoule rectale vide. Un an plus tard, l'opération (iléosigmoïdostomie) montra qu'il s'agissait d'un mégacolon typique.

OBSERVATION CXI (LANGMEAD, obs. I)

Garçonnet de 6 ans ayant eu cinq crises de tétanie en 18 mois. Chacune de ces crises s'accompagnait de tympanisme abdominal et de rejet de matières fécales ayant l'apparence d'une bouillie. L'examen du ventre révélait la présence d'une énorme dilatation du gros intestin à gauche. Amélioration par des lavages du côlon. La dernière crise coïncida avec une diphtérie grave. Mort. A l'autopsie, côlon pelvien très dilaté remplissant presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Le rein droit contenait deux calculs d'acide urique.

OBSERVATION CXIV (LANGMEAD, obs. II)

Enfant de 3 ans et deux mois, entre à l'hôpital pour sa quatrième attaque de tétanie. Tableau clinique semblable à celui du cas précédent. Amélioration passagère obtenue au moyen des lavages, mais au bout d'un mois diarrhée continuelle avec amaigrissement rapide.

Laparatomie. Résection du côlon pelvien sur une longueur de 30 centimètres. Mort au bout de douze jours. A l'autopsie dilatation de tout le gros intestin.

OBSERVATION CXII (LANGMEAD, obs. III)

Enfant de deux ans et demi, crises répétées de tétanie avec tympanisme et selles fétides. Cachexie extrême. Mort par broncho-pneumonie.

A l'autopsie, côlon transverse considérablement dilaté.

OBSERVATION CXIV (LANGMEAD, obs. IV)

Fillette de 8 ans admise à l'hôpital pour accès de téta-

nie dans les mains et les pieds avec dyspnée et cornage. Signe de Trousseau. Signes manifestes de dilatation au niveau du côlon et de l'S iliaque. Indicanurie. Lavages quotidiens de l'intestin, huile de ricin salolée, régime lacté : résultat nul. Comme l'enfant avait des dents petites et mal développées, une chevelure très peu abondante, on pensa à une insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde et on essaya l'opothérapie thyroïdienne, mais elle amena une diarrhée fétide avec augmentation de la tétanie et du laryngospasme. Alors traitement par le bismuth, l'opium, puis on reprit les lavages intestinaux et on pratiqua chaque jour pendant dix minutes le massage du gros intestin. Amendement graduel de la tétanie puis disparition pendant six mois. Puis récurrence pendant quelques jours. Depuis, l'enfant est demeurée indemne de nouvelles attaques de tétanie

OBSERVATION CXV (A. GUINARD)

D... René, âgé de 15 ans et demi. Entré le 13 janvier 1909 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, lit 37.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Antécédents personnels. — Son père interrogé raconte avec détails l'histoire de l'affection. Le deuxième de cinq enfants, le jeune René était bien portant et plutôt gras à sa naissance. Il fut mis immédiatement en nourrice où il fut plutôt mal soigné. Les parents le retirèrent vers le dixième mois parce qu'il avait une hernie inguinale (qui a guéri au moyen d'un bandage au bout de quelques mois), et un mauvais état général ; il était amaigri, son abdomen était gros, proéminent, il était constipé. Depuis il est resté un constipé habituel et on lui a toujours donné des lavements ou des purgatifs pour régulariser ses selles. Il res-

ta chez ses parents pendant six mois puis fut placé à la campagne pendant trois mois ; son alimentation fut toujours mal digérée, les repas étaient irréguliers. A ce moment pas de manifestations morbides autres que quelques troubles digestifs se traduisant surtout par de la constipation ; jamais de convulsions éclamptiques.

C'est pendant son séjour à la campagne vers le vingtième mois qu'il commence à vomir. Il rentre chez lui et à partir de ce moment les crises de vomissements se renouvellent irrégulièrement tous les deux à trois mois environ. Elles ne paraissent provoquées par aucun écart de régime, mais plutôt par une constipation ayant persisté plus longtemps que d'habitude. Ces crises sont plus ou moins violentes et prolongées, elles apparaissent ordinairement trois à quatre heures après le repas ; surviennent brusquement ; tout à coup les traits se tirent et bientôt après, presque sans efforts, un premier vomissement se produit constitué par un liquide verdâtre abondant que le père évalue à un litre environ. Les vomissements se renouvellent 5 ou 6 fois pendant les deux jours que dure habituellement la crise, le malade n'absorbe rien pendant ce temps-là et les vomissements sont de moins en moins abondants ; le dernier contenait environ un quart de litre de liquide d'un vert plus foncé et plus épais qu'au début. Dans l'intervalle des vomissements l'enfant se plaignait de douleurs abdominales, et très fatigué il somnolait par instants. Les vomissements, la douleur cessaient peu à peu et chaque fois après la crise on lui donnait un lavement et un purgatif. Dans l'intervalle des crises, pas la moindre douleur, gros appétit, l'enfant suit plus ou moins fidèlement un régime antidyseptique. Mais la constipation persiste. L'urine est claire, jamais d'ictère.

De quatre à six ans les crises deviennent plus douloureuses et plus fréquentes, apparaissent toutes les six se-

maines à deux mois. A cette époque vers l'âge de cinq ans, à la suite d'un écart de régime probablement, survient une crise particulièrement violente, alors qu'elle durerait déjà depuis un jour et demi, apparurent pour la première fois des phénomènes de tétanie très nets ; les mains, les pieds, la face, se contracturent et deviennent froids, tandis que l'enfant éprouve une douleur généralisée à tout l'abdomen. Plusieurs accès de tétanie durant un quart d'heure environ surviennent ainsi en l'espace de quelques heures, puis peu à peu la crise se calme. On remarque à ce moment que l'abdomen est très ballonné.

A partir de ce moment, on lui fait tous les jours un lavage d'estomac et on lui administre un lavement, les crises de vomissements survinrent tous les mois mais la tétanie ne reparait pas.

On cesse les lavages, le malade allant mieux, mais au bout de deux ans, les crises de vomissements redeviennent plus violentes et plus fréquentes. La tétanie reparait, on calme l'accès en plaçant l'enfant dans un bain tiède, mais il se renouvelle souvent une demi-heure après. Les lavages d'estomac et les lavements diminuent l'intensité des phénomènes. L'enfant aurait eu à sept ou huit reprises dans ces dernières années, des vomissements fécaloïdes avec ballonnement accentué de l'abdomen.

Dans ces derniers mois, les crises apparaissent tous les quinze jours environ, durant deux à trois jours avec tétanie presque toutes les fois. Après la crise on alimente le malade progressivement, on lui fait suivre un régime réduit mais comme il a un gros appétit, il s'en écarte fréquemment, et c'est généralement après un écart de régime que la crise apparaît.

Dans l'intervalle des crises, le malade est dans un état assez bon, il va à l'école, ne présente rien autre chose qu'une constipation persistante ; il ne ressent aucune dou-

leur gastrique ni intestinale, il ne tousse pas et ne s'en-rhume pas.

Cependant le moral du malade présente quelques particularités. L'enfant est constamment de méchante humeur sauf les jours de tranquillité qui suivent une crise ; il manque de franchise, fait tout en cachette et ment avec aplomb surtout au sujet des larcins d'aliments qui lui sont défendus, niant énergiquement même pris sur le fait. Il n'a aucune volonté pour combattre ses instincts.

EXAMEN DU MALADE. — On est frappé par l'aspect infantile du malade, âgé de 15 ans $\frac{1}{2}$, il est petit, ne présente pas trace de poils au pubis ni aux aisselles, les testicules sont descendus, mais ils sont petits ainsi que la verge.

La taille est de 1 m. 39, le poids de 26 kilos 500, le périmètre thoracique de 0 m. 64.

La voûte palatine est ogivale, les dents sont bien rangées et en bon état, la langue est légèrement saburrale. Le corps est mal développé, mais n'est pas amaigri.

L'abdomen présente une saillie très nette au niveau de l'estomac. De temps en temps, si on excite la peau à son niveau, on voit se dessiner des ondes peristaltiques se dirigeant de gauche à droite et de bas en haut, vers le pylore.

Lorsqu'on fait contracter les muscles grands droits de l'abdomen, on constate un écartement qui sépare ces muscles de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, dans lequel on peut introduire les doigts et au niveau duquel la peau se déprime en gouttière.

A la palpation de l'abdomen, on constate qu'il n'y a pas de niveau appréciable, mais on sent un plan plus ferme au niveau de l'estomac, qui semble contracturé.

La percussion donne une limite peu nette entre les sonorités gastrique et intestinale, un peu au-dessous de l'ombilic.

C'est également vers ce niveau qu'on cesse de percevoir le clapotage. L'étude du clapotage montre que l'estomac contient toujours, même après tubage, une certaine quantité de liquide.

La percussion fait entendre un bruit hydro-aérique. L'insufflation montre que l'estomac est dilaté ; insufflé, il descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis, tandis que non insufflé, il descend à trois travers de doigt plus haut. Aucune tumeur ne devient perceptible après l'insufflation.

Au-dessous de l'estomac, on aperçoit, par moments, les contractions péristaltiques intestinales.

Le foie, la rate, les poumons, le cœur, paraissent normaux ainsi que les réflexes.

Le pouls, en dehors des cuisses, bat à 72 pulsations à la minute.

Le malade entré le 13 janvier, reste calme pendant 4 à 5 jours. Dans la nuit du 16 au 17, il a deux ou trois vomissements, par lesquels il évacue à peu près trois litres de liquide verdâtre.

Dans la journée il est calme, mais de nouveaux vomissements surviennent dans la nuit du 17 au 18, avec deux ou trois crises de tétanie en une heure ; l'interne de garde fait une piqûre de morphine, le malade est ainsi calmé.

Dans la journée du 20, deux à trois vomissements, lavage d'estomac. Le malade n'absorbe rien dans la journée du 21. Vers 6 heures du matin, il eut quelques vomissements peu abondants ; tubage, repas d'épreuve, puis tubage.

Le 22, vers 10 heures du matin, il fut pris de crises de tétanie (Voir plus loin), qui durèrent jusque vers trois heures. Il eut pendant ces cinq heures, huit crises de tétanie, durant chacune quelques minutes. Dans l'après-midi, on tenta quelques tubages, qui provoquèrent des nausées. Finalement, on parvint à introduire le tube dans l'œsophage.

Aussitôt, vomissements très abondants ; les liquides passaient par le nez et la bouche en dehors du tube.

Cinq litres de liquides furent ainsi vomis d'un seul coup. Après ce vomissement, on fit un lavage d'estomac et le malade redevint calme, la douleur disparut, il n'y eut ni nouvelle crise de tétanie, ni vomissement.

Dans la nuit du 24 au 25, quatre vomissements, donnant environ 3 litres de liquide, pas de tétanie. Depuis, le malade est calme.

Les jours où il ne vomit pas, on l'alimente avec des purées, des œufs, du lait, du potage. On fait un tubage évacuateur chaque matin.

L'abondance des vomissements varie, ordinairement, entre un quart de litre et deux litres.

Crise de tétanie observée le 22 janvier à dix heures et demie du matin. — Les mains sont contracturées, les premières phalanges se mettent dans la flexion forcée, sur les métacarpiens tandis que les deuxièmes et troisièmes sont dans l'extension.

Les pieds sont en adduction forcée et sillonnés par des reliefs tendineux. Les muscles du visage sont contracturés. L'orifice buccal est rétréci, les yeux à demi-fermés. La figure est tirée et a une expression d'angoisse. Les extrémités, la face sont froides et violacées.

L'estomac, très visible, sous la paroi abdominale, est le siège de contractions péristaltiques très accentuées.

Le cœur bat à 140 pulsations. Si le malade est couché à plat, et surtout s'il est légèrement tourné sur le côté gauche, il provoque à chaque battement un clapotement, bruit hydro-aérique semblable à celui d'une goutte d'eau, tombant dans un vase à demi-plein. A l'auscultation, souffle systolique extra-cardiaque (FAISANS), à maximum sus-apexien, qui disparaîtra après la crise. En auscultant dans le dos, à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, entre l'omoplate et la colonne vertébrale, on en-

tend les battements cardiaques, semblables à un bruit de cœur fœtal.

La respiration est irrégulière, mais à peu près normale.

La crise de tétanie dure quelques minutes.

Nouvelle crise cinq minutes après, qui débute par des nausées non suivies de vomissements. Comme pour la première, exagération de toutes les contractures, cyanose marquée des extrémités, mais non du visage, par moments opisthotonos. Le malade souffre et fait entendre quelques plaintes. La douleur est surtout vive au niveau de l'estomac. Pas d'émission d'urine ni de matières fécales. Température rectale, 37° 4.

M. GUINARD fit le diagnostic de sténose pylorique de cause inconnue. Il projeta de faire une gastro-entérostomie pour parer aux accidents de la rétention gastrique.

Opération. — Laparatomie. L'estomac est dilaté mais le pylore absolument sain. L'intestin, grêlé jusqu'à la fin le Pilon, est vide et rétracté.

Le côlon ascendant est tordu sur son axe de gauche à droite, et le résultat de cette torsion a été de porter la plus grande partie de l'intestin grêle à droite de ce côlon ascendant, si bien qu'il s'abouchait dans le cœcum à droite. La première partie du jejunum passant derrière le segment colique tordu, était si tendue obliquement de bas en haut et de droite à gauche, qu'elle coulait violemment la terminaison du duodénum, par suite de cette coudure, le duodénum, et surtout l'estomac, étaient dilatés.

Le gros intestin est très dilaté depuis le cœcum jusqu'au rectum, l'S iliaque occupe à elle seule presque toute la cavité abdominale et vient jusque dans la fosse iliaque droite.

L'appendice est long, gros comme un crayon, on sent qu'il contient 4 ou 5 petits calculs. M. GUINARD ne l'enlève pas pour ne pas prolonger l'opération, il tire sur le jejunum pour dévider l'intestin ectopie et en arrivant à la

fin de ce long dévidage, il constate que brusquement le cœcum se remettait en place de lui-même à droite de l'intestin grêle, il referme ensuite la paroi abdominale..

La guérison survint sans incidents. Les douleurs, la tétanie et les vomissements ont disparu, les digestions sont bonnes, les selles à peu près normales et régulières. Ce bon résultat s'est maintenu depuis un an.

Conclusions

1° La maladie de Hirschsprung nous apparaît comme un syndrome bien défini.

2° Elle se caractérise anatomiquement par une dilatation et une hypertrophie du gros intestin, intéressant surtout la tunique musculaire, et cliniquement par une constipation opiniâtre, une distension abdominale considérable, un péristaltisme intestinal visible.

3° Elle peut être une cause de tétanie.

4° Son évolution est lente et progressive dans la plupart des cas. En général, elle aboutit à l'obstruction chronique, quelquefois à l'obstruction aiguë, par la production spontanée d'une valvule, d'une coudure ou d'une torsion.

5° Le mégacolon congénital réalise les conditions nécessaires pour la production de la torsion intestinale, par la constipation et l'allongement des mésos. Quand cette torsion siège sur les côlons ascendant et descendant, ces derniers présentent des mésos anormaux.

6° Abandonnée à elle-même, l'affection comporte un pronostic sévère ; elle aboutit à la mort

dans un temps plus ou moins long, mais la mortalité peut être réduite de moitié par l'intervention chirurgicale.

7° Le traitement médical est tout à fait insuffisant.

Parmi les opérations chirurgicales, la laparotomie exploratrice, la colostomie, la colotomie simple, n'ont qu'une valeur palliative.

La colopexie, la colectomie, la coloplicature, les entéro-anastomoses et parmi celles-ci l'exclusion unilatérale des côlons, sont vraiment efficaces.

La détorsion simple d'un volvulus peut suffire à supprimer les phénomènes morbides.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu : *Le Président de Thèse,*
RECLUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD.

Bibliographie

- ALGLAVE (P). — Un cas de mégacæcum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, elle-même provoquée par une ectopie rénale droite. *Bull. et mém. Soc. anatom.* Paris, 1904, LXXIX, 443.
- ALLARIA (G.-B.). — *Archiv. de méd. des enfants.* Sept. 1908.
- AMMON. — Angeborene chirurg. Krankheiten, S., 39 ; Atlas, pl. IX.
- BAGINSKY (A.). — Demonstration der Praeparate eines Falles von Hirschsprungsher Krankheit. *Berlin Klin. Woch.*, 1904, XLI, 1252.
- BANKS. — *Dublin Journal of medical sciences*, 1846, p. 285.
- BASTIANELLI. — In Concetti, *loc. cit.*
— La colonoplication comme moyen de traitement des colonecstasies essentielles totales ou partielles. *Semaine méd.*, Paris, 1905, p. 342.
- BAUMGARTNER (A.). — Le mégacolon. *Presse méd.*, Paris, 1907, p. 634.
- BERTI. — *La Pediatria*, 1895, p. 116-161.
- BESSEL-HAGEN. — Société libre des Chirurgiens de Berlin. *In Presse méd.*, 1908, p. 468.
- BING (A.). — Zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit und ihrer aetiologie. *Arch. f. Kinderh.* Stuttgart, 1906, LXXIV, 59.
- BITTORF (A.). — Zur pathogenese der angeborenen stuhlverstopfung (Hirschsprungsher Krankheit). *Munch. med. Woch.*, 1906, LIII, 265.
- BJORKSTEN. — Un cas de dilatation congénitale du colon chez un enfant. *Jahrb. f. Hinderts*, 1902, 714-725.

- BLANC. — Dilatation de l'intestin. *Loire médicale*. St-Etienne, 1907, 324.
- BOBIER. — Les volvulus de l'anse omega. *Thèse de Paris*, 1895-96.
- BRENTANO. — Ueber einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. *Verhandlg. der 33 Chir. Cong.* Berlin, 1904, I. S. 265.
- BRISTOWE. — *Brit. med. journ.*, 1885, p. 1086.
- BROOK (W.-P.). — Congenital hyperthrophy and dilatation of the sigmoid flexure. *Brit. med. Journ.* London, 1905, I, 1035.
- BUREAU. — Un cas de dilatation idiopathique du côlon. *Gaz. méd. de Nantes*, 1908, 301-313.
- CADET. — Dilatation idiopathique du gros intestin. *Lyon méd.*, 1905, CIV, 578.
- CAUTLEY. — Dilatation du gros intestin. *Report Soc. study diseas. children*. London, 1906, 68, 71.
- CERNÉ. — Maladie de Hirschsprung. *Normandie médicale*, 1908, 182.
- CHAPMANN. — *Brit. med. Journ.*, 1878, V, I.
- CHASSAGNARD (J.-B.). — Contribution à l'étude du mégacolon. *Thèse de Bordeaux*, 1908-09.
- CHEADLE. — *The Lancet*, 1886, p. 1117.
- CHEINISSE (L.). — La dilatation idiopathique ou congénitale du colon. *Semaine méd.*, Paris, 1904, 369.
- CHIARI. — Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Verhandlg. der deut. pathol. Gesell.* 1904, Iéna, 1905, VIII, 152.
- CLEMENS. — Sur la maladie de Hirschsprung. *Munch. méd. Woch.* 1907, 2502.
- CONCETTI (L.). — Sopra alcune anomalie congenite del colon inducente la costipazione abituale dei bambini. *Bull. della R. Accad. méd. di Roma*, 1898-99, XXV, 7-8.
- CONCETTI (L.). — *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1899, XXVII, p. 319.
- DEBROYE. — Le volvulus du cœcum. *Thèse de Lyon*, 1904-05.
- DELCOURT (A.). — Dilatation congénitale du colon. *Polyclinique*, Bruxelles, 1905, XIV, 22 ; et *Presse méd. belge*, 1905, LVII, 15.

- DELCOURT (A.). — Dilatation congénitale du côlon, *Jour. méd. de Bruxelles*, 1905, X, 695.
- DEMONS. — Du coprome ou scatome infantile. *Congrès de chir.*, Paris, 1896, p. 48.
- DUBOURG. — *Mém. de la Soc. de méd. et de chir.*, Bordeaux, 1898, p. 172.
- DUPLEIX. — Dilatation énorme de l'S iliaque. *Progrès médical*, 1877, V. p. 953.
- DUVAL (P.). — Dilatation dite idiopathique du gros intestin. *Rev. de chir.*, 1903, n. 3, 4 et 5.
- DUVAL (P.). — Les résultats opératoires dans le traitement du mégacolon. *Rev. de chir.*, 1909, n. 9.
- ENRIQUEZ. — Pratique médico-chirurgicale, p. 866.
- ESCHERICH (T.). — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. *Wien, Klin. therap. Woch.*, 1906, XIII, 55.
- FABRE DE PARREL. — Maladie de Hirschsprung. *Normandie méd.*, 1908, 173-175.
- FAVALLI. — Caso di ipertrofica con dilatazione del colon. *Gazetta méd. di Milano*, 1846, V. p. 213.
- FELDMAN. — Dilatation congénitale du colon. *British méd. Journ.* London, 1908, p. 260.
- FENTON (W. J.). — Constipation in infants and young children. *Edinburg méd. Journ.*, août 1903.
- FENWICK (W. S.). — Hypertrophy and dilatation of the colon in infancy. *Brit. Méd. Journ.* Sept. 1900.
- FITZ. — *American Journ. of the méd. sciences*, août 1899.
- FLEMING. — Report of a case of congénital dilatation of the colon ; opération, recovery. *Colorado méd. Journ.* Denwer, 1903-04, I, 160.
- FLETCHER (H. MORLEY) AND ROBINSON. — *British méd. Journ.*, 16 février 1907, p. 370.
- FORMAD. — University méd. Magazine. Philadelphia, 1892, p. 625.
- FRIEDHEIM. — Fall von Hirschsprungscher Krankheit. *Deut. méd. Woch.* Leipzig, 1904, XXX, 1305.
- FROMMER (A.). — Zur Kasuistik der Anomalien des Dickdarmes. *Arch. f. Klin. chir.*, 1902, LXVII, 1.
- FUINEY. — Maladie de Hirschsprung. *Surg. gyn. and obst.* Chicago, 1908, p. 624-643.

- FURIRO. — Un cas de maladie de Hirschsprung. *Schinburs. Tokio*, 1907, 246-250.
- FUTTERER et MIDDELDORPF. — *Virchow's Archiv.*, 1886, p. 555.
- GAUJOUX. — *Archiv. de méd. des enfants*, Paris, 1908, 721-755.
- GAUME. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1886, IX, p. 155.
- GEE. — *Saint Bartholomew Hospital Reports*, 1884, XX, p. 19.
- GENERSICH. — *Jahrb. für kinderheilkunde*, 1893, v. 37, p. 91.
- GERNAER. — *Deut. Zeitsch, f. chir.* LXXXIX, p. 38.
- GIORDANO (D.). — Traitement chirurgical de la colonectasie. *Archiv. internat. de chir.*, 1903, I, 1.
- GOUREVITCH. — *Prager méd. Woch.*, 1904, XXIX, 607, 623.
- GRENET (H.). — Tétanie. Pratique médico-chirurgicale, p. 418.
- GRIFFITHS. — Congénital idiopathic dilatation of the colon. *The Americ. Journ. of the méd. Sciences*, sept. 1899.
- GUINARD. — *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 1909, XXXV, n° 12.
- GUINON. — Un cas de maladie de Hirschsprung. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1907, p. 1542.
- GWYME. — Un cas de dilatation congénitale du côlon sigmoïde. *Quarterly méd. Journ. Sheffield*, 1901, 2, X, 335.
- HADDEY. — *International clinics*, 1893, IV, p. 53.
- HALL. — Dilatation congénitale du gros intestin. *Archiv. pédiatr.*, New-York, 1903, 29-32.
- HAUSHALTER. — Dilatation du côlon transverse. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1904, XXXVI, 276.
- HAWKINS. — Remarks on idiopathic dilatation of the colon. *British méd. Journ.*, 1907, p. 482.
- HERRINGHAM (W.-P.) et B. CLARKE. — Idiopathic dilatation of the sigmoïd flexure. *Clinical Soc. of London*, séance du 23 novembre 1894, in *British Méd. Journ.* 1894, p. 1240.

- HICHENS. — *The Lancet*, 1898, p. 1121.
- HILBERT. — *Deut. méd. Woch.* Leipzig, 1905, XXXI, 2035.
- HIRSCHSPRUNG. — *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1888, XXVII.
- Festschrift, zum Geburtstage der Her. Henoch. Berlin, 1890, p. 78.
- Dilatation congénitale du colon. In *Traité des maladies de l'Enfance de GRANCHER et COMBY*, 1904, II, 241.
- HOBBS et DE RICHEMOND. — *La médecine moderne*, 1898, p. 652.
- HUE. — Dilatation congénitale du colon. *Normandie médicale*, 1907, 230-236.
- HUGHES. — *Transaction of the pathol. Soc. of Philadel.*, 1887, p. 40.
- IBRAHIM. — *Deut. méd. Wochens.* Leipzig, 1905, XXXI, 1905.
- ITO et SOYESIMA. — Etude sur la maladie de Hirschsprung. *Deut. Zeit. f. chir.* Leipzig, 1907, 459.
- JAYLE (F). — La dilatation congénitale idiopathique du colon, observée au XVII^e siècle. *Presse méd.* Paris, 1909, p. 803.
- JOHANNESSEN. — *Rev. des maladies de l'enfance*, 1900, p. 65-82.
- KHIEM. — *Strassburger méd. Zeit.*, 1904, I, 128.
- LANGMEAD. — *Proceedings of the Royal Soc. of Méd.*, juin 1909.
- LAPEYRE. — Contribution à l'étude de la pathologie et de la chirurgie du colon pelvien. *Gaz. méd. du centre*, 1906, 179.
- LE CALMÉ. — Le Mégacolon congénital. *Thèse de Paris*, 1908-09.
- LEJARS. — *Semaine médicale*, Paris, 1904, p. 419.
- LE ROY DES BARRES. — Sur un cas de dilatation idiopathique du gros intestin. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1903, 871.
- LEVI (V.). — *Archiv. of Pediatrics*, 1903, p. 935.
- *Congenital dilatation of the colon.* *Ann. gynécol. and ped.*, Boston, 1904, XVII, 40.
- MARFAN. — Article « Constipation », in *Traité des Ma-*

- ladies de l'enfance, de Grancher et Comby, t. II, p. 660.
- MARTIN. — *Montréal méd. Journ.*, 1897, XXV, p. 697.
- MEYNIER. — Contributo clinico alla studio del megacolon congenito. *Policlin.* Roma, 1904, XI, Sez. prat., 1407.
- MONEY. — *The Lancet*, 1888.
- MORESTIN. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1909, XXXV, n. 13.
- MOUGES. — Un cas de maladie de Hirschsprung. Anomalie du lobe gauche du foie. *Marseille méd.* 1907, p. 175.
- MURAKA. — Deux cas de maladie de Hirschsprung. *Zi-wa-zasshi*, Tokio, 1907, 116-126.
- MULBERGER (A.). — Ueber die dilatatio et hypertrophia-col. *Zeitsch. f. Klin. méd.* Berlin, 1905, LVII, p. 374.
- MURRAY (R.-W.). — Idiopathic dilatation of the colon. *Ann. of. Surgery*, nov. 1903.
- MYA. — *Lo Sperimentale*, 1894.
- NETER. — Zur pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Munch. med. Woch.*, 1907, p. 1817.
- NEUGEBAUER. — Zur diagnose und therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 82, p. 503.
- OKINCZY (J.). — Atrésie congénitale du colon. Ses relations avec la maladie de Hirschsprung. *Rev. de Chir.*, 1909, n° 12.
- OSLER. — *Arch. of. Pediatrics*. London, 1893, p. 113.
- OULMONT. — *Bulletin de la Soc. Anat.* Paris, 1843, p. 336.
- PEAKOK. — Transactions of the path. Soc. of London, 1872, v. 23, p. 104.
- PERTHES. — Opportunité de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Hirschsprung. *Journ. de Chir. et Ann. de la Soc. belge de Chir.* Bruxelles, 1905, v. 225.
- PERTHES. — Zur pathologie und therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. f. Klin. chir.*, Berlin, 1905, LXXVII, 1-42.
- PERTHES. — Zur pathologie und therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Verhandlungen d. deut. Ges. f. chir.*, Berlin, 1905, II Theil, p. 1-42.

PETRIVALSKY. — Sur la maladie de Hirschsprung. *Archiv. f. Klin. chir.*, 1908, 318.

PLUYETTE. — Maladie de Hirschsprung. *Marseille méd.*, 1905, XLII, 241.

PORRO. — Loc. per la pubblicazione der Annali univ. delle science e delle industria, 1872.

POZZI. — Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin. Congrès de chir. Paris, 1905, p. 782.

RAULIN. — Dilatation et hypertrophie du colon. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, p. 89-91.

RICHARDSON. — *Boston méd. and surg. journ.*, 1901, n° 7.

RIETER. — *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1898, n. 4.

ROLLESTON et HAWARD. — Transaction clinical Society of London, 1896, p. 201.

ROTH. — Zur Pathologie und therapie der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. f. klin. chir.*, 1906, II, p. 125.

ROUX DE BRIGNOLLES. — Un cas de dilatation idiopathique du gros intestin. *Gaz. méd. de Paris*, 1903, p. 325.

SAINT-MARTIN (J.). — Maladie de Hirschsprung. *Rev. méd. de la Franche-Comté*, Besançon, 1905, XIII, 81.

SCHNITZLER. — Maladie de Hirschsprung traité opératoirement et guérie. Soc. des médecins de Vienne, 14 juin 1907.

SCHUCKMANN. — Deux cas de maladie de Hirschsprung. *Deut. méd. Woch.*, 1907, n. 6.

SCHUTZ (R. E.). — Ueber hyperplasierende colitis und sigmoïditis, *Beitr. z. path. anat. und z. all. Path.* Iéna, 1905, VII ; supp., 485.

SCHREIBER. — Sur la dilatation idiopathique du côlon. *Arch. f. verdauungskrank.* B, XIII, f. 2, 1907.

SCHWARTZ. — Un cas de mégacolon observé à l'occasion d'un traumatisme abdominal. *Presse méd.*, Paris, 1907, p. 781.

SILDELBURG. — Ueber angeborene colonerweiterung. *Centralbl. f. d. Grenzgeb. der méd. und chir.*, Iéna, 1903, VI, 881.

- SKELDING. — Un cas de dilatation congénitale du côlon. *Brit. journ. childr. dis.*, London, 1907, 526.
- STIRNIMANN. — Hirschsprungsche Krankheit oder mégacolon congenitum. *Cor. Bl. f. schweizer Aerzte*. Basel 1905, XXXV. 569.
- SYERS. — Un cas de grande dilatation du colon non due à un étranglement. *Lancet*. London, 1902, I, 21.
- TAROZZI. — Maladie de Hirschsprung. *Refor. méd.* Roma, 1902, 446-459.
- TCHERNOV. — La dilatation idiopathique du gros intestin chez les enfants. *Jahrb. f. Kinderh.*, 1906, LXIV, 6.
- TERRIEN (E.). — Constipation congénitale et maladie de Hirschsprung. *Journ. de méd. interne*, Paris, 1909, p. 31.
- TORDEUS. — *Journ. de clin. et de thérap. infantile*, 1896.
- TORKEL. — Angeborene hochgradige Erweiterung des dünndarmes ohne stenose. *Deut. méd. Woch.* Leipzig, 1905, XXXI, 344.
- TOUSSAINT. — Neumatosis submucosa intestinal. *Bol. d. Inst. patol.* Mexico, 1903-1904, 2^e ép., I, 453.
- TRÈVES. — *The Lancet*, 1898, I, p. 276.
- TUFFIER. — Dilatation congénitale dite idiopathique du colon. *Bull. et mém. Soc. de chir. Paris*, 1907, 1068.
- VALAGUSSA. — Contributo allo studio della pathogenesi del mégacolon congenito. *Rev. di clin. pæd.* Firenze, 1903, I, 824.
- WAGNER. — Maladie de Hirschsprung, surg. gyn. and obst. Chicago, 1908, 44-46.
- WALKER et GRIFFITHS. — *British med. Journ.*, 1893, v. II, p. 930.
- WOOLMER. — *British med. journ.*, 1899, p. 1330.
- ZESAS. — Die Hirschspr. Krankheit, *Fortsch. d. med.*, XXXIV, 2, 1906.
- ZUBIZARRETA. — Mégacolon congenito. *Semana méd.* Buenos-Aires, 1905, XII, 426.

